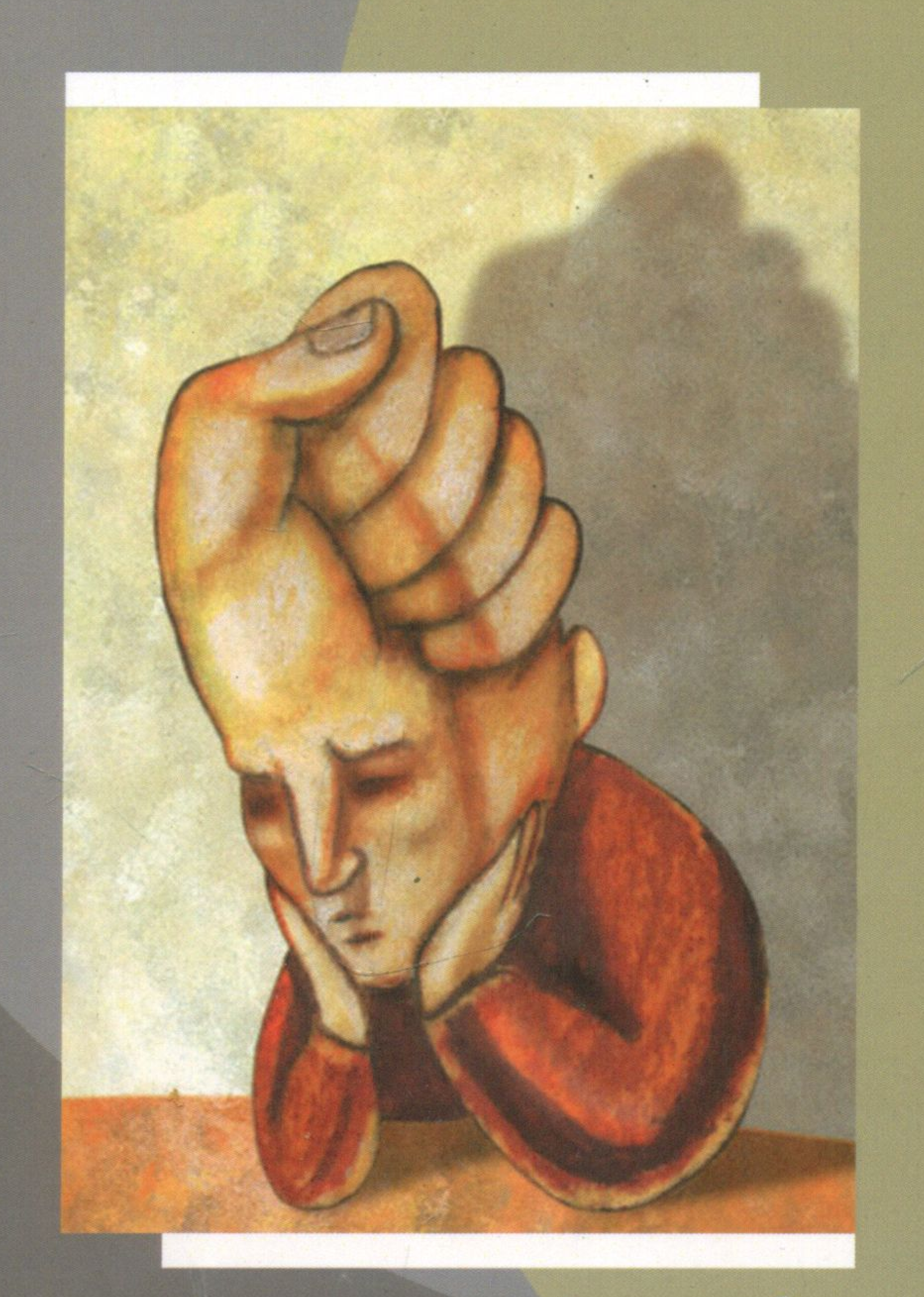
دراسات الطفولة والصحة النفسية

قلق الموت من السرطان



د. أحمد يحيى عبدالمنعم



قلق الموت من السرطان

إعداد

د.أحمد يحي عبد المنعم

الناشر

المكتب العربي للمعارف

عنوان الكتاب : قلق الموت من السرطان

اسم المؤلف: د. أحمد يحي عبد المنعم

تصميم الغلاف: شريف الغالي

الناشر

المكتب العربي للمعارف

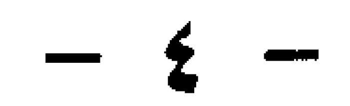
٢٦ شارع حسين خضر من شارع عبد العزيز فهمي
ميدان هليوبوليس - مصر الجديدة - القاهرة
تليفون/ فاكس: ٢٦٤٢٣١١٠-٠١٢٨٣٣٢٢٢٧٣
بريد إلكتروني : Malghaly@yahoo.com

الطبعة الأولى أكتوبر ٢٠١٣

رقـم الإيداع :٢٠١٣/١٥٨٣٥

الترقيم الدولي :-I.S.B.N.978-977-276-675-8

قلق الموت من السرطان



مقدمة

نظرًا لأن الأطفال هم الموارد البشرية التي تعتمد عليها الأمم في حاضرها ومستقبلها لمواصلة التقدم والازدهار، وأصبح موضوع رعاية الطفولة في وقتنا الحاضر موضوع يشغل بال واهتمام علماء النفس وعلماء الاجتماع وعلماء التربية وغيرهم من المتخصصين وتكمن أهمية هذه المرحلة في إنها ليست مرحلة إعداد للحياة المستقبلية فقط وإنما هي مرحلة نمو للفرد في مكوناته الذاتية والجسمية والنفسية والعقلية والاجتماعية. (أحمد عكاشة، ١٩٨٨: ٣٧٥).

ونظرًا لأهمية قطاع الطفولة الذي يحتل مكانًا بارزًا في حياة المجتمعات والعالم كله حيث تتسابق الدول الآن وتتنافس فيما بينها بالاهتمام بالأطفال، ووضعهم في أولوية اهتماماتها، وأصبح تقدم هذه المجتمعات ورقيها يقاس بما تقدمه الدول لأطفالها من رعاية واهتمام، وأصبح الآن ينظر إلى قطاع الطفولة على إنها استثمار مستقبلي، وذلك لأن الأطفال هم الذين سيحملون راية هذه المجتمعات في كافة الميادين، ولذلك تعد مرحلة الطفولة هي الحجر الأساسي في تكوين شخصية الطفل، فالطفل هو ثروة المستقبل والأمل المنشود لكل أمة.

ولذلك نسعى جميعا لبذل كل الجهود لتوفير حياة كريمة للأطفال، وتوفير جو يضمن لهم رغد العيش، حيث إننا نسعى ولو بخيالنا إلى وضع تصور لما سيكون عليه الأطفال في المستقبل، فإذا كان الطفل السوي يحتاج إلى رعاية واهتمام حتى ينمو وتتكون شخصيته بأسلوب سوي، فما بالنا بالطفل المريض، وما بالنا بطفل مريض بمرض مزمن كمرض السرطان، فالطفل في هذه الحالة يكون في حاجة إلى مزيد من المساندة الاجتماعية والتي تتمثل في الرعاية والاهتمام والحب والثقة من الآخرين وخصوصا من الأسرة والجيران والأصدقاء والمتطوعين.

فمرض السرطان هو من الأمراض الخطيرة المزمنة، بل هو أخطر الأمراض وأصعبها على الإطلاق لأنه يعوق الطفل لفترات طويلة على مدى حياته فهو ليس كغيره من الأمراض التي يمكن أن تصيب الطفل مرة واحدة

في حياته، ولكن هذا المرض الشرس يهاجم الطفل مرة تلو الأخرى، وفي ظل وجود ضعف الإمكانات والفحص والتشخيص والعلاج فإن ذلك قد يودي بحياة الطفل، ولذلك يعتبر مرض السرطان من أهم الأسباب التي تؤدي إلى وفاة الأطفال، حيث إن عدد الأطفال المصابين بمرض السرطان في تزايد مستمر.

فقد أشار (Nelson & Behrman, 1996) أن مرض السرطان هو السبب الأول والرئيسي في وفاة الأطفال في الولايات المتحدة الأمريكية والذين تقع أعمارهم بين (١-١٥)عام.

وقد أضاف أيضا (Milner & Hull, 1994) أن مرض السرطان هو السبب الثاني للوفاة لدى الأطفال في انجلترا بعد الحوادث حيث يصل عدد وفيات الأطفال من جراء الإصابة بهذا المرض إلى(٧٠٠٠) طفل سنويًا. وجاء بموقع منظمة الصحة العالمية أن السرطان من أهمّ أسباب الوفاة في جميع أرجاء العالم، فقد تسبّب هذا المرض في وفاة ٧,٦ مليون نسمة (نحو ١٣% من مجموع الوفيات) في عام ٢٠٠٨. http: html//www.who.int/mediacentre. وقد أشار(عُمر أحمد، ٢٠١٠: ٢٣) في دراسة استمرت عشرة سنوات حول معدل انتشار مرض السرطان في الشرق الأوسط أن إسرائيل تحتل المركز الأول في معدل الإصابة بمرض بالسرطان حيث بلغ معدل الإصابة لديها (٣٤٧) مصابا لكل) ١٠٠)ألف شخص بينما جاءت مصر في المركز الثاني على مستوى الشرق الأوسط والمركز الأول على مستوى جميع الدول العربية في معدل الإصابة بهذا المرض حيث أنه وجد)٢٤٣)مصابا من كل)١٠٠(ألف شخص داخل مصر، بينما تمثل الأردن المرتبة الأخيرة في معدل الإصابة بالسرطان حيث بلغ معدل مرضى السرطان لديها (١١٣(مصابا لكل (١٠٠) ألف شخص.و قد أشارت (إيمان عبد الحفيظ، ٢٠٠٥) أن معدل انتشار السرطان بين الأطفال في مصر(٦%) بينما يمثل (١%) فقط بين أقرانهم في المجتمع الأمريكي.و يتردد على المعهد القومي للأورام – جامعه القاهرة (يوميا حوالي ٧٠٠ مريض) ويصل بنا هذا المعدل اليومي إلى ما يقرب من (١٩٧٠٠٠) زيارة

لمرضى السرطان سنويا بالعيادة الخارجية ما بين علاج ومتابعة دوريه بالإضافة إلى أكثر من (١٢٠٠٠) مريض بالقسم الداخلي سنويًا. (المعهد القومي للأورام، جامعة القاهرة).

و أشار تقرير الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء وفقا لما جاء بكتاب الإحصاء السنوي الإلكتروني لعام ٢٠٠٩ م الصادر عن الجهاز إلى أن الأورام السرطانية تؤدي إلى وفاة ما يقرب من(٥,١) لكل (١٠٠٠) حالة وفاة من إجمالي عدد الوفيات في مصر كل عام. (http: //www.capmas.org.eg)

ولخطورة هذا المرض أصبح يمثل أولويات الكثير من المؤسسات الطبية والنفسية والاجتماعية ويتضح ذلك من خلال تشجيع الجمعية الأمريكية للسرطان الباحثين على القيام بالأبحاث وتطبيقها في مجال الأورام السرطانية وذلك لتحقيق هدفين هما:

١-اكتشاف المتغيرات النفسية التي لها دور مهم سواء للوقاية من هذا المرض والتحكم فيه والسيطرة علية أو للتوافق معه.

٢- تدريب المتخصصين لتقديم الخدمة العلاجية للمرضى على التعامل الأفضل مع هذه المتغيرات النفسية على نحو يساعد على تقديم الخدمة الصحية بشكل أكفأ وبالتالي ينعكس ذلك على تحسن صحة المرضى النفسية والاجتماعية. (Reed, W.H, 1995)

وتتمثل خطورة هذا المرض في المعاناة الشديدة التي يكون عليها الأطفال حين يصيب هذا المرض تلك البراعم والزهور المتفتحة، وينبش مخالبه في أجسادهم الرقيقة، وينشرها بكل عنف وضراوة فيغتال طفولتهم ويحولها من مرحلة لعب وسعادة وفرح إلى مجرد حالة أشبه ما تكون عليه مرحلة الشيخوخة. (جمال شفيق،١٩٩٨: ٢-٣).

وتتمثل تلك المعاناة في الفحوصات الطبية التي تجرى على الطفل والتي تتطلب تعرض الطفل إلى وخز الإبر لأخذ عينة من الدم، والنخاع،

والتخدير لأخذ عينة من الأنسجة لتحليل نوع الورم بجانب الأشعة فكل ذلك يسبب آلاما شديدة للطفل. (حياة رضوان، ٢٠٠١).

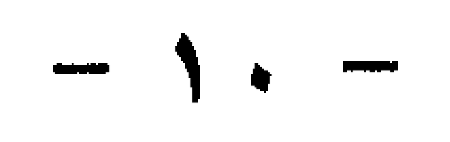
وبجانب تلك الآلام الشديدة لابد أن نضع في الاعتبار العلاقة المتبادلة والتي يكون في أحد جوانبها الآلام الجسدية التي يتعرض لها الطفل مريض السرطان وفي الجانب الآخر تكمن المشكلات النفسية والاجتماعية والتي من أهمها صورة الطفل عن نفسه وعن علاقاته وعن أحلامه وآماله ومشاعره وكبريائه وعن ثقته بنفسه والتي تحولت إلى خجل وانطواء وتردد وارتباك.

فقد أشار(جمال شفيق، ١٩٩٨) لابد أننا نضع في الاعتبار العوامل النفسية التي تؤثر على تشخيص وعلاج مثل هذا المرض، ودراسة أثرها على شخصية الطفل المريض، وضرورة وضع الخدمات الصحية والنفسية والاجتماعية جنبا إلى جنب عند علاج أطفال مرضى السرطان.

وقد أشارت بعض الدراسات إلى أن من الآثار النفسية المرتبطة بمرض السرطان ظهور أعراض الاكتئاب عند هؤلاء الأطفال، حيث أن الاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية التي تظهر بعد التشخيص وقد يستمر إلى مرحلة ما بعد العلاج والشفاء والمتابعة، ويظهر ذلك من خلال المزاج المتقلب جدا للمريض ورفضه للحديث عن مرضه وعن خوفه.

ومن هذه الدراسات دراسة (فيرني، ١٩٩٤): التي أشارت إلى ارتفاع درجات كلا من الأعراض الاكتئابية، وحالة القلق، والقلق كسمة، والقلق الاجتماعي مع انخفاض في درجة تقدير الذات لدي عينة من الأطفال المصابين بالسرطان من الذكور والإناث. فنحن الآن أمام أطفال يعانون من آلام جسدية كثيرة وأيضا آلام نفسية شديدة ولذلك فهؤلاء الأطفال في حاجة ماسة إلى مزيد من الحب والأمان والثقة والتي تتمثل في المساندة الاجتماعية لما لها من آثار مهمة في مواقف الشدة والإجهاد النفسي وما تقوم به من تخفيف لنتائج الضغوط والشدائد والمواقف الضاغطة في حياة الطفل، وذلك لأنها تعد مصدرًا هامًا من مصادر الأمن الذي يحتاجه الطفل في عالمه الذي يعيش فيه. فعندما يشعر الطفل بان هناك ما يهدده، وهناك ما يقلقه فهو يكون في ذلك الموقف في أشد الاحتياج إلى وجود الآخرين لمساندته وذلك للتغلب

على ما شعر به نتيجة لهذا المرض من مشاعر الحزن والاكتئاب وقلق الموت.



الفصل الأول

مفاهيم عامة

ويتضمن الآتي:

المفهوم الأول: مرض السرطان وأسبابه وتطوره.

المفهوم الثاني: الاكتئاب.

المفهوم الثالث: قلق الموت.

المفهوم الرابع : المساندة الاجتماعية.

***

المفهوم الأول : مرض السرطان وأسبابه وتطوره

ويتضمن الآتي:

تمهيد

أولاً: مفهوم مرض السرطان.

ثانيًا: أسباب مرض السرطان.

ثالثًا: الأعراض الشائعة لسرطان الطفولة.

رابعًا: الأنواع الرئيسية لسرطان الأطفال.

خامسًا: معالجات السرطان.

سادسًا: الآثار الناجمة عن معالجة سرطانات الأطفال.

***

تمهيد:

لقد أصبح مرض السرطان أحد مهددات حياة الإنسان في العصر الحديث وليس فقط في خطورته وصعوبة الشفاء منه ولكن لزيادة معدلات الإصابة بهذا المرض الخطير فهذا المرض الخطير يصيب الإنسان في مختلف سنوات العُمر فلا يميز بين ذكر أو أنثي، أو يميز بين كبير وصغير، أو يميز بين غني وفقير أو يميز بين متعلم وأمي فالسرطان يصيب الإنسان في أي وقت، وحتى الآن لم تستطيع الإنجازات العلمية الحديثة أن تقدم إنجاز علاجي حاسم لذلك المرض الخطير ولذلك سوف نتناوله معا في النقاط الآتية:

***

أولاً: مفهوم مرض السرطان:

السرطان هو مرض يتصف أساسًا بنمو الخلايا بطريقة غير محكومة .(Cooper,2002: 17)

السرطان ينتج من تغيرات في بعض الخلايا يؤدي إلى نموها بطريقة غير طبيعية، وتكتسب قدرة على الانقسام بسرعة غير عادية مؤدية إلى تكوين الأورام الخبيثة.(رفعت شلبي، ٢٠٠٤)

هو مجموعة متشابكة من الأمراض وليس مرضًا واحدًا، والسرطان يبدأ في الخلايا، والخلية هي وحدة الحياة الأساسية في جسم الكائن الحي.

ويتكون الجسم من عدة أنواع من الخلايا، وفي الوضع الطبيعي فإن الخلايا تنمو وتنقسم لتشكيل خلايا جديدة فقط عندما يحتاج الجسم لذلك، وهذه العملية المتتابعة تساعد على بقاء الجسم في صحة جيدة، ولكن أحيانًا تواصل بعض الخلايا عملية الانقسام عندما لا تكون هناك حاجة لخلايا جديدة، وهذه الخلايا الإضافية تشكل كتلة من الأنسجة يطلق عليها اسم الورم، والأورام بدورها تكون إما حميدة أو خبيثة.

فالورم الخبيث يتصف بطاقة غير محدودة لنمو الخلايا المستمر. هذه الخلايا الخبيثة إما أن تمتد محليًا وتغزو وتدمر النسيج الطبيعي المجاور، وإما أن تنتقل عبر الأوعية الليمفاوية أو الأوعية الدموية إلى أمكنة أخرى من الجسم وتؤسس بؤرًا جديدة نامية تسمى البؤر السرطانية المتنقلة، هذه البؤر السرطانية المتنقلة بدورها تدمر الأعضاء الجديدة.

(http: //www.adamcs.org/pediacancer)

ما هو الفرق بين الورم الخبيث والورم الحميد؟

وفقًا لما جاء بالموسوعة الطبية فالجدول التالي يوضح الفرق بين الأورام الحميدة والخبيثة:

جدول رقم (١) يوضح الفرق بين الأورام الحميدة والخبيثة:

الأورام الخبيثة Malignant tumor	الأورام الحميدة Benign tumor	وجه المقارنة
يغزو النسيج الطبيعي المحيط به، ولا يكون محاطًا بمحفظة، وتكون حدوده مختلطة مع النسيج الطبيعي.	يدفع النسيج الطبيعي جانبًا ويكون محاطًا بمحفظة، وواضح الحدود.	وضع الورم
قد تكون بطيئة أو سريعة.	بطيئة.	مدي انتشارها
قد تكون مميتة إذا لم يعالج الورم.	عادة حميدة فهي نادرة التهديد للحياة.	النتيجة
قد لا تكون الجراحة وحدها شافية وتحتاج لعلاج كيماوي أو إشعاعي داعم.	الجراحة شافية ويمكن استئصالها دون أن تعود للنمو ثانية في أغلب الأحوال.	العلاج

(الموسوعة الطبية، ١٩٩١: ٣٠)

***

ثانيًا: أسباب مرض السرطان.

من أسباب أو عوامل الخطورة التي يشار إليها عادة ضمن العوامل المساهمة في نشوء الأورام السرطانية لدى الأطفال: -

١. الوراثة:

دور الوراثة في التسبب بالسرطان لا يختلف عن دور الوراثة في التسبب بأي مرض آخر، فتاريخ العائلة وخصائص المورثات تلعب جميعها دورًا مهمًا في بعض أنواع أورام الأطفال. (خولة أحمد يحى وآخرون، ٢٠١٠: ٦٤)

بينما من الممكن لأورام بأنماط مختلفة أن تظهر أكثر من مرة في التسلسل الهرمي لعائلة واحدة، ولكن السبب وراء إطلاق نشوئها وحدوثها عند طفل محدد من العائلة دون غيره وفي زمن ما يظل

مجهولاً، سواء أكان بسبب اختلاف المورثات، أم التعرض لمواد كيميائية سامة، أم التلوث الإشعاعي، أم تفاعلات مركبة بين كل هذه العوامل أدت إلى تفعيل النمو الورمي الشاذ.
http: //www.adamcs.org/pediacancer

٢. نمط المعيشة:

عوامل نمط المعيشة والعادات الحياتية مثل التدخين أو التغذية غير الصحية أو العمل بصناعات تستخدم الكيماويات السامة مثل البنزين فهو عامل خطير لنشوء اللوكيميا النخاعية الحادة، ولكنها قد تكون عوامل خطورة لأورام البالغين ولا يمكن اعتبارها كذلك بالنسبة للأطفال المرضى إذ أنهم صغار جدًا حتى يتعرضوا لمثل هذه العوامل والتي تحتاج لمتسع من الوقت كي تشكل خطرًا عليه. (Miller,2009: 89-91)

٣. الفيروسات:

الربط بين التعرض لتأثير بعض الفيروسات مثل فيروس نقص المناعة المكتسبة (HIV) وبين معدل زيادة الخطورة للإصابة ببعض أنواع أمراض الطفولة مثل "أورام هودجكن"، والأورام الليمفاوية "اللاهودجكن، ويحتمل أن هذه الفيروسات تحدث تبدلات بالخلايا بطريقة ما بحيث تنتج خلايا مختلفة تتطور عقب تكاثرها ومرورها بمراحل النمو إلى خلايا ورمية. http: //ar.wikipedia.org/wiki

٤. التلوث:

تأثيرات التعرض لبعض العوامل البيئية مثل التلوث الإشعاعي، والتعرض للمجالات الكهرومغناطيسية عالية التوتر بسبب السكن قرب خطوط الكهرباء عالية التردد، والتعرض للمبيدات الحشرية، والأسمدة الكيماوية. (خولة أحمد يحى وآخرون، ٢٠١٠: ٦٦)

٥. علاجات الأورام:

عوامل الخطورة المتعلقة بعلاجات الأورام فقد أفادت العديد من الدراسات الطبية بوجود علاقة مباشرة بين بعض أنماط معالجات أورام الأطفال مثل الجرعات العالية من العلاج الكيماوي والعلاج الإشعاعي، وبين تطور أورام ثانوية غير الورم الأصلي المعالج عند بعض الحالات خلال فترات لاحقة من الحياة، فقد تسبب هذه المعالجات والعقاقير القوية تبدلات بالخلايا أو بالجهاز المناعي، وتؤدي إلى إختلالات بالحمض النووي ونشوء التسرطن.

http: //www.vb.adma1.com

٦. التغذية:

سوء التغذية، فقد وجد العلماء أن هنالك ترابطًا وثيقًا بين الغذاء الغني بالدهنيات والإصابة بسرطان القولون والثدي والبروستات، كما ثبت أن زيادة الوزن قد تساعد على ظهور بعض سرطانات الكلية وسرطان المثانة. (راشد الباز، ٢٠٠٠).

ورغمًا عن الأسباب السابقة إلا أنه لم يتم التوصل إلى الأسباب المحددة للمرض، ولكن من الواضح أن السرطان ليس نتيجة التعرض للإصابة بمرض، كما أنه لا ينتقل من شخص لآخر كما تنتقل الأمراض المعدية. (مركز الأمل للشفاء، ١٩٩٩: ١٠-١١).

***

ثالثًا: الأعراض الشائعة لسرطان الطفولة:

من الصعب تمييز السرطان عند الأطفال بشكل مبكر وإنما ينبغي إجراء الفحوصات الطبية والتنبؤ لأية علامات لا تبدو عادية ومن الأعراض الشائعة التي تشير إلى وجود نمو ورمي .

١- ظهور تضخم أو كتلة مهما كان حجمها وبأي موضع.
٢- الشحوب وفقدان النشاط.
٣- نشوء توعك أو حمى ويستمر لفترة طويلة.
٤- سهولة ظهور الكدمات على الجلد وسهولة النزيف من الأنف أو الأسنان أو اللثة دون مبرر واضح.

٥- وجود ألم موضعي مستمر لفترة طويلة.
٦- اختلال بالتوازن والترنح الحركي.
٧- تغيرات مفاجئة بالعيون أو اختلال بالرؤية.
٨- صداع مستمر مصحوب بقيء.
٩- حدوث انخفاض حاد وسريع بالوزن.

وهذه الأعراض تعد مؤشرا أوليًا يستدعى ضرورة التقصي وإجراء الفحوصات والتحقق من الأمر. ويلاحظ أن مثل هذه الأعراض قد تشير إلى مجموعة واسعة من الأمراض التي تصيب الأطفال، ولا يعني ظهورها بالضرورة وجود نمو سرطاني، غير أنها تُعد مؤشرا أوليًا يستدعي ضرورة التقصي وإجراء المزيد من الفحوصات والتحقق من الأمر.

http: //www.adamcs.org/cope.htm

***

رابعًا: الأنواع الرئيسية لسرطان الأطفال

ينشأ السرطان لدى الأطفال بنفس المواضع تقريبا حيث تنشأ أورام البالغين، غير أن بعض الأنواع شائعة أكثر لدى الأطفال، ومن جهة أخرى تختلف أورام الأطفال عن أورام البالغين، ولا تنتهج سلوكًا مشابهًا بشكل دائم، ولا تتم معالجتها بنفس الخطط العلاجية، كما أنها لا تستجيب للمعالجات بنفس الوتيرة، إضافة إلى ارتفاع معدلات الشفاء القياسية مقارنة بأورام الكبار، حيث تبلغ معدلات الشفاء القياسية لدى أورام الأطفال في المتوسط نسبة (٧٥ %) وترتفع هذه النسبة إلى أكثر من (٩٠ %)عند بعض الأنواع.

وتظهر أورام الأطفال وتنشأ غالبا بالخلايا الابتدائية أو الأوليّة، والتي هي خلايا بسيطة إنشائية تمتلك قابلية النمو والنضج والتمايز لإنتاج خلايا بالغة وأكثر تخصصًا، وعادة تؤدي التبديلات أو الإختلالات التي تصيب الخلايا والممكن وصفها بالعشوائية إلى نشوء التسرطن لدى الأطفال. من جهة أخرى تختلف معدلات أورام الطفولة بشكل كبير عن مثيلتها عند البالغين، حيث نجد أن أورام إبيضاض الدم، وأورام الدماغ والجهاز العصبي،

والأورام الليمفاوية أو (أورام الغدد الليمفاوية)، وأورام العظام، والأنسجة الرخوة، والكِلى، والعيون، والغدد الكظرية، هي أكثر شيوعا عند الأطفال.

كذلك هناك حوالي مائة نوع من السرطان، تنشأ من أنواع مختلفة من الخلايا السليمة، وتنتمي معظم أنواع السرطان إلى ثلاث مجموعات رئيسية وهي:

المجموعة الأولى: الكارسينوما: Carcinoma

تمثل حوالي (٩٠ %) من حالات السرطان لجميع الأعمار وتنشأ خلاياها الأصلية من خلايا الجلد أو الخلايا المبطنة لبعض الأعضاء الداخلية مثل: الرئة، المعدة، الأمعاء الدقيقة، أو من خلايا بعض الغدد مثل الثدي، والبروستاتة.

المجموعة الثانية: الساركوما: Sarcoma

وهي نادرة في الإنسان، وتنشأ خلاياها الأصلية من بعض الأنسجة المتشابكة أو المترابطة مثل أنسجة العضلات والعظام.

المجموعة الثالثة: اللوكيميا ليمفوما: Acute Lymphoblastic Leukemia

تنشأ خلاياها الأصلية من خلايا الدم والخلايا التي تُكون جهاز المناعة على التوالي.

والحقيقة أن معظم أنواع السرطان الشرسة تظهر خلال عُمر الطفولة، ولكن لحسن الحظ فإن نسبة إصابة الأطفال بالسرطان مقارنة ببقية الأعمار قليلة.

هذا ويندر ظهور السرطانات الشائعة بين البالغين (الرئة والثدي) بين الأطفال، فبدلاً من سرطان الرئة والثدي مثلاً نجد أن سرطان الدم وجهاز المناعة تمثل نصف حالات السرطان التي تظهر أثناء مرحلة الطفولة، وتشمل الأنواع الأخرى السائدة بين الأطفال سرطان المخ،الجهاز العصبي، العظام، والكلى، وهي أنواع يقل ظهورها لدى البالغين. (خولة أحمد يحى وآخرون، ٢٠١٠: ٧٥-٨٢).

ويبين الجدول التالي الأنواع الرئيسية لأورام الأطفال:

جدول رقم (٢) يوضح الأنواع الرئيسية لأورام الأطفال، ويجدر الإشارة إلى وجود أنواع أخرى تُعد نادرة جدًا لدى الأطفال وغير مُدرجة بالجدول.

الجدول رقم (٢)

Acute lymphoblastic leukemia	إبيضاض الدم الليمفاوي الحاد
Acute myeloid leukemia	إبيضاض الدم النخاعي الحاد
Non Hodgkin lymphoma	الأورام الليمفاوية اللاهودجكن
Hodgkin's Disease	أورام هودجكن
Brain & spinal cord Tumors	أورام الدماغ والحبل الشوكي
Neuroblastoma	أورام الأوليات العصبية
Retinoblastoma	أورام أوليات الشبكية
Rhabdomyosarcoma	الأورام الغرنية بالعضلات المخططة
Osteo sarcoma	الأورام الغرنية بالعظام
Soft tissue sarcoma	أورام الأنسجة الرخوة
Ewing's sarcoma	مجموعة أورام يوينغ
Wilm's Tumor	ورم ويلمز الكلوي

يُعد سرطان إبيضاض الدم (اللوكيميا) أكثر أنواع الأورام شيوعًا لدى الأطفال ويشكّل نسبة تقترب من ثلث حالات أورام الأطفال، بينما تُعد أورام الجهاز العصبي بالدماغ والحبل الشوكي ثاني أكثر الأنواع شيوعا، وتمثل نسبة تقترب من (٢٠ %) من الحالات، وتنشأ معظم أورام الدماغ لدى الأطفال في منطقة المخيخ وجذع الدماغ، وتُعد أورام الحبل الشوكي أكثر نُدرة من الأورام الدماغية عند الأطفال.

كما تُعد الأورام الليمفاوية التي تنشأ بأنسجة الجهاز الليمفاوي، بالترتيب الثالث ضمن شيوع الأورام لدى الأطفال، وتتراوح معدلاتها بين سبعةإلى

عشرة بالمئة من الحالات، وتتماثل نسبتها تقريبا مع أورام الأوليّات العصبية التي تعتبر الأكثر شيوعًا ضمن الأورام الصلبة للخلايا العصبية خارج الدماغ، ويتم تشخيصها غالبًا خلال السنة الأولى من العُمر، بينما يمثل ورم ويلمز الكلوي الذي يصيب إحدى أو كلتا الكليتين نسبته حوالي ستة بالمئة تقريبا من مجمل الأورام، ويظهر غالبًا عند الأطفال بسن تقلّ عن الثلاث سنوات، ويُمثل ورم جذيعات الشبكية أو سرطان الشبكية نسبته حوالي(٣ %) من مجمل أورام الأطفال، ويظهر غالبًا عند الأطفال بسن تقل عن الأربع سنوات، وعند حوالي ربع الحالات يصيب كلتا العينين، وتظهر نفس النسبة تقريبًا عند أورام العضلات المخططة الغرنية (Rhabdomyosarcoma) والتي تُعد من أكثر أورام الأنسجة الرخوة شيوعًا لدى الأطفال، وتنشأ عن تسرطن الخلايا الأوليّة المكونة للعضلات المخططة الهيكلية، وبالنسبة لأورام العظام فهي غير شائعة عند الأطفال، وتُعد نسبة أنواعها الابتدائية التي تنشأ بالعظام أولا أقل من مثيلتها الثانوية التي تنتقل من مواضع أخرى إلى العظام سواء عند الأطفال أو البالغين، ويُعد ورم العظام الغرني (Osteosarcoma) الأكثر شيوعا ضمن أنواع أورام العظام الابتدائية لدى الأطفال والمراهقين، وتُعد مجموعة أورام إيوينج الأقل شيوعًا.

http: //www.adamcs.org/cancertypes.htm

وسوف يذكر الباحث بالتفصيل سرطان الدم الحاد(اللوكيميا) الذي أستهدفه الباحث في دراسته حيث كانت عينة البحث من أطفال سرطان الدم الحاد.

١- أنواع اللوكيميا (ابيضاض الدم الليمفاوي الحاد) Leukemia

ويوضح (Estey,et,al.2008: 3-9) أنواع اللوكيميا (ابيضاض الدم الليمفاوي الحاد) .

*** اللوكيميا الليمفاوية الحادة: (Acute Lymphocytic Leukemia (ALL**

هي ابيضاض الدم الليمفاوي الحاد، وتعد الأكثر شيوعًا بين الأطفال، إذ تبلغ نسبتها حوالي من (٧٥% - ٨٠%) مجمل حالات اللوكيميا لدى

الأطفال، وعادة تصيب الأطفال بين الثانية والثامنة من العُمر وتظهر كذلك عند البالغين. ولأسباب غير معروفة تظهر لدى الذكور بنسبة أكثر من الإناث.

http: //www.adamcs.org/ALL.htm

***اللوكيميا النخاعية الحادة: (Acute Myeloid Leukemia (AML**

تتسم بزيادة عدد خلايا الدم البيضاء والتي تدعى الخلايا المحببة وتتكون عادةً في نخاع العظم، كما تظهر في أنسجة أخرى مثل الكبد والطحال والتي تلعب دورًا حاسمًا في الدفاع ضد العدوى، وتظهر غالبًا عند أشخاص بالسن ما فوق الخامسة والعشرين، إلا أنها تظهر عند الأطفال والمراهقين، وإن كانت أقل شيوعًا وتبلغ نسبتها حوالي (٢٠%) من مجمل الحالات لدى الأطفال.

***اللوكيميا النخاعية المزمنة: (Chronic Myeloid Leukemia (CML**

نادرة جدًا لدى الأطفال، إذ تبلغ نسبتها أقل من (٢%) من مجمل حالات اللوكيميا، وما يميزها عند بعض الحالات هو وجود عدد كبير من الخلايا المتعادلة اليافعة غير مكتملة النمو، والتي تبدو قادرة على النضج أكثر من الخلايا الأولية، إضافة إلى وجود صبغي مختل يعرف بصبغي فيلادلفيا(Philadelphia Chromosome)عند أكثر من(٩٠%) من الحالات،و من ناحية أخرى تتغير سرعة تطور هذا النوع بشكل كبير عند بعض الحالات، وقد تتحول أحياناً إلى النوع الحاد.

***اللوكيميا الليمفاوية المزمنة:**

Chronic Lymphocytic Leukemia (CLL)

فهي نادرة جدًا عند الأشخاص ما دون الأربعين، وقد لا تظهر أعراض مصاحبة في مراحلها المبكرة، ومن غير المعتاد معالجتها بهذه المراحل، وإن كان المرضى يبقون تحت المراقبة مخافة تطورها، ومن

الغريب لدى هذا النوع أن الإحصاءات الطبية تشير إلى وجود نسبة خطر تبلغ (١: ٤) لإصابة الأقارب من الدرجة الأولى للمرضى.

كما تجدر الإشارة هنا إلى أنه وفي حالات نادرة تكون الخلايا المتسرطنة غير مميزة وصعبة التصنيف وتدعى في هذا الحال باللوكيميا غير المتمايزة (Undifferentiated)، حيث تظهر لدى المريض أعراض كل من اللوكيميا النخاعية والليمفاوية في آن واحد، وقد تظهر الخواص النخاعية والليمفاوية بنفس الخلايا المتسرطنة، أو تحمل بعض الخلايا المتسرطنة خواص اللوكيميا النخاعية ويحمل بعضها الآخر خواص اللوكيميا الليمفاوية، ويعد تصنيف مثل هذه الحالات صعبًا ومثيرًا للجدل بين المدارس الطبية.
http: //www.adamcs.org/AML

٢-أعراض اللوكيميا وتداعياته:

- سهولة العدوى.
- سهولة النزف والتكدم.
- الإعياء وشحوب البشرة.
- الصداع والنوبات الصرعية والتقيؤ.
- آلام العظام.
- الطفح الجلدي.
- تضخم الغدد الليمفاوية.
- تضخم الغدة الصعترية Thymus. (Behrman,et,al.2000)

***

خامسًا: معالجات السرطان

أولاً: يتكون فريق العلاج من:

١- الطبيب (على اختلاف تخصصاته طبيب الأورام، الجراح، الأسنان، التخدير، العظام، العلاج الطبيعي.....الخ).
٢- الصيدلي.
٣- الممرضة.

٤- الأخصائي النفسي.
٥- الأخصائي الاجتماعي.
٦- أخصائي اللعب.
٧- الأسرة عنصر مهم جدًا في نجاح أو فشل العملية العلاجية.

يقوم الفريق العلاجي بدراسة الوضع الطبي للطفل المريض من جوانب مختلفة ومتعددة ومنها: الحالة الصحية للطفل، نوع السرطان، تصنيفه ضمن فئة وتصنيفه المرحلي، مدى انتقاله من موضع نشوئه، ومدى تأثيره على الخلايا المحيطة به.

وتشمل معالجات السرطان على الآتي:

١. العلاج الجراحي
٢. العلاج الكيماوي
٣. العلاج الإشعاعي
٤. زرع النخاع العظمي
٥. العلاج المناعي

وقد يتم الاقتصاد على أحد هذه العلاجات منفرد عند بعض الحالات، غير أن معالجة أغلب أورام الأطفال تتم بخطة تتكون من توليفة مشتركة من نوعين من العلاج أو أكثر للقضاء على الخلايا السرطانية (multi- modal therapy).

١- الجراحةSurgery:

يعتبر العمل الجراحي من أقدم أنواع معالجات السرطان، وبشكل عام هي العلاج الأكثر فعالية في الشفاء من السرطان، فهناك بعض الأورام لا تستجيب جيدًا للمداواة بالأشعة أو العقاقير ويفضل أن تعالج بالجراحة، بينما البعض الآخر قد تصعب إزالته بالجراحة، لكنها قد تستجيب لأنواع العلاجات الأخرى، ورغمًا عن علاج الجراحة للورم بإزالته، إلا أنها تترك أحيانًا آثارًا نفسية سيئة، فالجراحة وإن كانت تتعامل مع الورم مباشرةً بإزالته، إلا أنه من الممكن أن يتطلب لبتر الورمبتر عضو من أعضاء الجسم كالقدم أو الذراع أو

العين، مما قد يتسبب في مشاكل نفسية واجتماعية عنيفة قد تؤدي إلى بعض الأمراض النفسية للطفل.

http: //www.adamcs.org/surgery.htm

٢- العلاج الكيماوي Chemotherapy:

وهنا الباحث يذكر بالتفاصيل كل شئ عن العلاج الكيماوي لأن الباحث استهدف الفئة التي تعالج بالكيماوي في عينة البحث.

أ- تعريف العلاج الكيماوي:

هو علاج باستخدام أدوية خاصة تعرف بالعقاقير الكيماوية المضادة للسرطان، تقوم بالقضاء على الخلايا السرطانية، تدميرها، وذلك بمعرقلة وتفويض نسق العمليات الحيوية داخلها.

ب- مزايا العلاج الكيماوي:

الميزة الرئيسية لهذا العلاج هي مقدرته على معالجة الأورام المنتقلة والمنتشرة، بينما يقتصر العلاج وتأتي الإشعاع أو العمل الجراحي على معالجة الأورام المنحصرة بمواضع محددة، وفاعليته المتميزة تعود إلى حقيقة أن الخلايا السرطانية بطريقة ما هي أكثر حساسية وأشد تأثيرًا بالكيماويات من الخلايا الطبيعية.

ج- برامج العلاج الكيماوي:

قد يتم استخدامه كعلاج وحيد في بعض الحالات، أو جزء من برنامج علاجي متكامل يتضمن عدة علاجات مشتركة(Multi-) model therapy، وتتكون البرامج العلاجية من عدة دورات متكررة تفصل بينها فترات نقاهة، وقد يتلقى المريض خلال كل دورة توليفة مشتركة من عدة أدوية كيماوية، أو يتم الاقتصار على عقار واحد، حسب نوع الورم والمخطط العلاجي المتبع عند كل حالة، وبصفة عامة يتم استخدام العلاج الكيماوي خلال فترة زمنية متطاولة لتخفيض كم الخلايا السرطانية بالتدريج، إلى الحد الذي يتمكن فيه نظام المناعة بالجسم من السيطرة على أي نمو ورمي، إضافة إلى أن الفترة الزمنية ما بين الجرعات توضع بغية تحقيق

أكبر تأثير على الخلايا السرطانية، وبنفس الوقت إعطاء فترة كافية للسماح للخلايا والأنسجة العادية كي تتعافى من مفعول العقاقير الكيماوية، إذن لأنواع العقاقير المختلفة تأثيرات بدرجات متفاوتة على الخلايا والأعضاء الطبيعية، ويؤدي ذلك إلى حدوث مضاعفات جانبية مصاحبة تتفاوت في الشدة من عقار لآخر، من شخص لآخر، ومن دوره علاجية لأخرى حتى بالنسبة لنفس الشخص، وهذه المضاعفات والتأثيرات السلبية منها تأثيرات قصيرة المدى.

د- طرق تناول العلاج الكيماوي:

يتم تناول العلاج الكيماوي بطرق متعددة:

- عن طريق الفم: على هيئة أقراص أو كبسولات أو سوائل.
- عن طريق الحقن: الحقن في الوريد في العضل- في شريان رئيسي- حقن موضوعي تحت الجلد- حقنة الظهر (الحقن العمدي intrathecal).
- عن طريق القسطرات catheters

http: //www.adamcs.org/ Chemotherapy.htm

ه- ما يقلق أطفال مرضى السرطان في العلاج الكيماوي:

قد لاحظ الباحث إن أكثر ما يقلق الطفل المريض بالسرطان من العلاج الكيماوي هو الشكل الذي يتم تناول العلاج الكيماوي به (الحقنة) وما يصحبها من وخز أملاً في العثور على وريد ظاهر ولكن هيهات حيث تهرب الأوردة مع خوف الطفل من الوخز بالإبر، فضلا عن معاناة وألم ما بعد جرعة الكيماوي من القيء، والإرهاق والتعب وبالتالي عدم اللعب والانطلاق كما كان من قبل، وأضف إلى ذلك كله احتمال تسرب الدواء الكيمياوي تحت الجلد ومضاعفات ذلك من حروق الجلد والتهاباته.

٣- العلاج الإشعاعي Radiotherapy:

العلاج بالأشعة هو شكل من أشكال العلاج الموضعي على غرار الجراحة، وتكمن فاعلية هذا العلاج في مقدرة الإشعاع على تدمير وتفتيت الحمض النووي بالخلايا السرطانية، وهو المادة الكيميائية التي تحمل المعلومات والشفرات الوراثية، وتتحكم في العمليات الحيوية اللازمة للتكاثر والنمو، وأداء مختلف الوظائف الخلوية، وبصفة عامة فالخلايا التي تنمو وتتكاثر بوتيرة سريعة، شأن الخلايا السرطانية، هي أكثر حساسية تجاه مفعول الإشعاع وأشد تأثرًا، وبطبيعة الحال، تتخذ تدابير وقائية أثناء المعالجة الإشعاعية، تلافيًا لتعرض أكبر كمّ ممكن من الأنسجة والأعضاء الطبيعية السليمة للإشعاع، وتتم عادة حمايتها باستخدام دروع واقية وبأنماط مختلفة، وبالرغم من هذه الإحتياطات، إلا أن بعض الخلايا الطبيعية تتأثر بالإشعاع وإن كانت عمومًا قادرة على التعافي بحيوية أكبر، نظرًا لمقدرتها على استخدام تقنيات الجسم الطبيعية لإصلاح وترميم الأضرار الواقعة على الحمض النووي.

http: //www.adamcs.org/ Radiotherapy.htm

٤- زرع النخاع العظمي Bone Marrow Transplantation:

النخاع العظمي هو النسيج الإسفنجي اللين، والمسمى بالنخاع الأحمر، والمتواجد داخل جزء العظام المعروف بالعظم الإسفنجي، والذي تتمثل وظيفته الأساسية في إنتاج خلايا الدم، ويتكون من خلايا متحولة (تتحول إلى خلايا دموية أي مولدة لمكونات الدم)، وخلايا دهنية، وأنسجة تساعد على نمو خلايا الدم.

وتأتي الحاجة إلى إجراء عمليات زرع النخاع العظمي(Bone marrow transplant)وزرع خلايا المنشأ المولِدة (Stem cells transplant) حين يصبح النخاع العظمي عاجزًا عن أداء وظائفه وإنتاج خلايا الدم، سواء نتيجة تضرره بسبب من السرطان نفسه الذي يجعله إما منتجًا لخلايا ورمية شاذة أو منتجًا لأعداد ضئيلة من خلايا الدم، أو جراء تأثيرات العقاقير الكيماوية والعلاج الإشعاعي الشديدة على النخاع، فقد يستلزم الأمر للقضاء على الخلايا السرطانية، خصوصًا عند أورام الدم والأورام

الليمفاوية وبعض الأورام الصلبة، إتباع برامج علاجية قوية وبجرعات مكثفة تؤدي إلى تدمير وإحباط النخاع وفقده المقدرة على أداء وظائفه، ومن هنا تستهدف عمليات الزرع استبدال خلايا المنشأ بالنخاع المصاب بالسرطان، أو المُحبط بالعلاجات، بخلايا سليمة ومعافاة قادرة على النمو والتكاثر وإنتاج خلايا الدم. (Stewart,et,al.1994: 15-22)

٥- العلاج المناعي Immunotherapy:

العلاج المناعي ويُعرف أيضا بالعلاج الحيوي(Biological therapy) أو بالعلاج المُعدّل للاستجابة الحيوية(biological response modifier therapy) هو علاج بتوظيف آليات عمل الجهاز المناعي المختلفة، خصوصًا الآليات المتعلقة بتمييز الخلايا الدخيلة، وإثارة ردود الفعل المناعي، وآليات رفع معدلات إنتاج الخلايا المناعية وتعزيزها، بُغية دعم واستنهاض وتحفيز جهاز المناعة، بشكل مباشر أو غير مباشر، سواء لمقاومة الأمراض ومكافحة العدوى، أو لمعاملة الخلايا السرطانية كخلايا عدوة وتدميرها.

(Yotnda,et,al.2010: 279)

كما أن هناك العديد من برامج مكافحة السرطان، والوقاية أو إزالة التعرض لمسببات السرطان، كالكشف المبكر، ومكافحة التدخين، والتغذية الصحية، وخفض استهلاك الكحول، وخفض التعرضات المهنية والبيئية المسببة للسرطان، وتجنب التعرض لفترات طويلة لأشعة الشمس الحارقة، والتثقيف الصحي فيما يتعلق بالعوامل الجنسية والنجابية المرتبطة بالسرطان.(منظمة الصحة العالمية، المركز الإقليمي لشرق المتوسط، ٢٠٠٦: ٢٥-٤٥).

***

سادسًا: الآثار الناجمة عن معالجة سرطانات الأطفال

من النتائج المباشرة للتطورات الهائلة في وسائل وأنماط معالجات الأورام المختلفة، أن تمكن ما يزيد عن (٨٠%) من الأطفال المُعالجين من اجتياز مرحلة الخمس سنوات شفاء القياسية، بزيادة (٤٥%) عن سنوات

الستينات، وبتزايد أعداد الأطفال الناجين وامتداد فترات حياتهم لأطول من الأجيال السابقة، أصبح من الممكن إجراء الأبحاث والدراسات المستفيضة حول المسائل المتعلقة بتطورهم الصحي على المدى الطويل، فيما أصبح يُعرف ببحوث التأثيرات والمضاعفات المتأخرة للسرطان ومعالجاته، وقد تبين للباحثين أنه يمكن لعلاجات السرطان أن تؤثر بشكل كبير وبدرجات متفاوتة على صحة الأطفال الناجين لعدة سنوات لاحقة، سواء خلال فترات وأطوار نموهم ومرورهم بمراحل المراهقة والبلوغ والرشد، أو إلى أبعد من ذلك خلال سنوات متأخرة من العُمر.

(Fainsilber, Lynn,et.al,2010: 6.)

كما يؤثر السرطان ومعالجاته المختلفة لدى الأطفال على جوانب مختلفة وهي:

- أعضاء الجسم أو عظامه أو أنسجته.
- المزاج والمشاعر والتصرفات.
- التفكير والتعلم والذاكرة. (خولة أحمد يحى، وآخرون، ٢٠١٠: ٨٩-٩١)

المضاعفات المتأخرة لمعالجات السرطان: Late Effects of Cancer Treatment

كما هو معروف، يتجاوب جسم كل طفل مع المعالجات بطريقة ونمط خاص وفريد، وكما تختلف أنماط الاستجابة والتفاعل تجاه الأورام وعلاجاتها من طفل لآخر، كذلك الأمر مع المضاعفات العلاجية المتأخرة، والتي تعتمد بشكل كبير على نوع ونمط المعالجات المتلقاه وجرعاتها وفتراتها الزمنية، وبطبيعة الحال تزداد نسبة الخطورة عند الأطفال الصغار جدًا، حيث هم الأكثر عُرضة لهذه المضاعفات نتيجة تعرضهم للمرض وعلاجاته القوية خلال فترة مبكرة من العُمر، تكون فيها البنية الجسدية ضعيفة وما زالت تحت أطوار النمو المختلفة. ويدرس الأطباء الآثار المتأخرة التي تسببها معالجة سرطان الأطفال حيث يحاولون معرفة ما إذا كان تغير المعالجة يمكن أن

يساعد على الحيلولة دون حدوث الآثار المتأخرة أو الحد منها.(جاريت، ٢٠٠٢).

١- التأثيرات على الدماغ والجهاز العصبي المركزي:

قد تؤثر معالجات الجهاز العصبي المركزي على الدماغ، ويكون من تلقى معالجة بالأشعة في الرأس أو جراحة في الدماغ أو معالجة كيماوية عند علاج سرطان الأطفال عرضة لمشاكل في المجالات الآتية:

التفكير – التعلم – حل المشاكل – الكلام – القراءة – الكتابة – الذاكرة – تنسيق الحركة بين العينين واليدين والعضلات الأخرى، وقد يصاب الناجون بإعاقات في التعلم أو انخفاض مستوى الذكاء، وقد أثبتت الدراسات وجود علاقة ما بين الحقن العمدي(intrathecal) للعقاقير الكيماوية في السائل المُخّي الشوكي المحيط بالحبل الشوكي والدماغ، وبين نقص القدرات التعليمية وضعفها لدى الأطفال، ويظهر ذلك بشكل أكثر شيوعًا لدى الأطفال ممن تلقوا الجرعات العلاجية بالسن ما دون الخامسة من العُمر، وقد يشعر الناجون من سرطان الأطفال بقلق وإحباط يرتبطان بالتغيرات الجسدية والمظهر أو الخوف من عودة السرطان، وقد تحول هذه المشاكل دون عودتهم إلى ممارسة حياتهم وأنشطتهم العادية، كما أنها قد تسبب مشاكل في العلاقات الشخصية، والتعليم، والتوظيف، والصحة. (Mc Dougal, Sarah.1997).

كما يظهر العلاج أيضًا نوع من العجز الذي يُعرف بالضعف المعرفي(cognitive (impairment، كانخفاض بمعدلات الذكاء بحوالي من (١٠) إلى(٢٠) نقطة عند اختبارات قدرات التعلم، إضافة إلى مشاكل وصعوبات أخرى تشمل المهارات البصرية الحركية، وضعف الذاكرة، وتشتت أو نقص الانتباه والتركيز الذهني، كذلك من تأثيرات العلاج الإشعاعي المهمة على الجهاز العصبي المركزي على المدى الطويل حدوث العجز في هرمونات النمو، مما قد يؤدي إلى صغر القوام وقصر القامة عن معدلها الطبيعي، ويُعد الأطفال المُعالجين بالعلاج الإشعاعي للجمجمة والعمود

الفقري قبل سن الخامسة أكثر عرضة لمخاطر نقص النمو. (محمود أحمد، ٢٠١٢: ١١٨-١١٩)

٢- التأثيرات على الإبصار والسمع:

قد تتأثر القدرة البصرية بعدة طرق نتيجة المعالجات، خصوصًا عند وجود الورم بموضع يتلامس مع العيون أو قريبًا منها، إذ أن لبعض العقاقير تأثيرات سُمية على العيون وقد تؤدي إلى نشوء تعقيدات مختلفة وإن كانت مؤقتة، مثل تشوش الرؤية وازدواجيتها ونشوء علة الماء الزرقاء (Glaucoma)، كما أن العلاج الإشعاعي الموجه لمنطقة العين قد يسبب علة إعتام عدسة العين أو كدر العين (Cataracts)، إضافة إلى أن الإشعاع حين يُسلط على العظام قرب العينين، قد يسبب ضعفًا وقصورًا بنموها مما يؤدي إلى تشوهات بنمو الوجه قد لا تبدو واضحة في بعض الأحيان.

كما يمكن للبعض من معالجات السرطان التسبب في نشوء مشاكل بالقدرات السمعية وفقد لحاسة السمع خلال فترات لاحقة عقب انتهاء المعالجات، فمثلاً يمكن للعقاقير الكيماوية التسبب في تلف بالشعيرات الحسية بالأذن الداخلية مما يؤدي إلى حدوث الفقدان الحسي للسمع، بينما يمكن أن تطرأ نفس هذه المضاعفات عند تلقي العلاج الإشعاعي للرأس خصوصًا إن كان موجها لجذع الدماغ أو الأذنين، إضافة إلى نشوء الصمم التوصيلي(loss hearing conductive) الناتج عن تراكم الشمع أو السوائل أو نشوء الالتهابات. (مها أرناؤوط، ٢٠٠٥).

٣- التأثيرات على النمو:

يُعد انخفاض وتيرة النمو الطبيعي خلال معالجات أورام الطفولة من المشاكل المعتادة، وقد يظهر قدر معين من التأخر عن هذه الوتيرة بشكل يتفاوت من طفل لآخر، وقد تصبح بعض الآثار، مثل قصر القامة دائمة عند بعض الحالات كنتيجة لتأخر النمو الطبيعي. ويمكن للعلاج الإشعاعي أن يتسبب في تأثيرات جدية مباشرة على النمو الطبيعي للعظام والعضلات التي تدخل ضمن حقل الإشعاع، وإضافة إلى إبطاء النمو قد يظهر شيء من عدم التماثل بنمو الأعضاء، ومشاكل بالمفاصل مع ما يتبعها من آلام، ونشوء ما

يُعرف بهشاشة وترقق العظام (osteoporosis) إضافة إلى التأثيرات على الأسنان وتأخر نموها والتي تستلزم عناية خاصة بدورها. http: //www.adamcs.org/latefect.htm

من المضاعفات السابقة والعديد من المضاعفات الأخرى على مختلف أجهزة الجسم لدى الأطفال، يتضح لنا مدى ما يعانيه الأطفال بدايةً من الإصابة إلى ما بعد الانتهاء من العلاج بفترة قد تتجاوز عشر سنوات، وتختلف هذه الآثار من تأثيرات مباشرة على العقل وما يترتب عليه من ضعف في الذاكرة، وعدم تركيز، وضعف في السمع، ومشاكل في القدرة على الإبصار، وخلل في النطق، وتأخر في القراءة والكتابة وعمليات التعلم بوجه عام، ونقص في النمو بشكل طبيعي، مما يكون له أثر سيئ مباشرةً على الحالة النفسية للطفل ويتسبب ذلك في بعض الأمراض النفسية. .(Dejong, et.al, 2005: 15)

***

تعقيب:

عندما يعلم الإنسان أنه مصاب بالسرطان تحدث له تبعات سلبية كثيرة، فيصدم الإنسان ويكتئب، ويخاف، يقلق وذلك لأن هذا الخبر يفسد النظام المعرفي والانفعالي للإنسان فيشوش التفكير ويشوهه، ويفسد الأداء ويعطله، بل إنه يؤثر على الصحة النفسية للإنسان بشكل عام. فما بالنا بالطفل المصاب بالسرطان عندما يعلم ذلك الخبر ولذلك تتناول الدراسة بُعد الاكتئاب وقلق الموت عند الأطفال وما دور المساندة الاجتماعية في مساعدة الأطفال لعمل توازن في الصحة النفسية للطفل وذلك للتخلص من الاكتئاب وقلق الموت والخوف لديه.

***

المفهوم الثاني: الاكتئاب، ويتضمن الآتي:

تمهيد

أولاً: مفهوم الاكتئاب.

ثانيًا: تصنيف الاكتئاب.

ثالثًا: تشخيص الاكتئاب.

رابعًا: أعراض الاكتئاب.

خامسًا: الأسباب والعوامل المؤدية للاكتئاب.

سادسًا: النظريات المفسرة للاكتئاب.

سابعًا: علاج الاكتئاب.

***

تمهيد:

يعد الاكتئاب من الاضطرابات النفسية الشائعة والتي يمكن أن تصيب الإنسان في أي مرحلة من مراحل العُمر. ويذكر(لطفي الشربينى، ٢٠١٢: ١٨) أنه ساد لوقت طويل من الزمان اعتقاد بأن الاكتئاب يصيب الإنسان في مرحلة معينة من العُمر، وقد ربط قدماء الأطباء بين الاكتئاب وتقدم السن، وهناك ما يدل على أن الاكتئاب يصيب الإنسان بصورة أكبر في مراحل منتصف العُمر والسن المتقدم، ولكن الدلائل تشير إلى أن الاكتئاب هو مرض لكل الأعمار، وليس حكرًا على مرحلة معينة من العُمر وتعد مرحلة المراهقة من المراحل التي تظهر فيها حساسية شديدة في وقت البلوغ نظرًا لتغييرات البدنية والنفسية والاجتماعية التي تصاحب هذه المرحلة، ومنها بداية ازدياد النمو البدني وتغييرات في الشكل والحجم للفتيان والفتيات على حد سواء نتيجة لإفراز الهرمونات، وقد تظهر بعض الصعوبات والمشكلات النفسية في هذه المرحلة نتيجة لميل المراهقين إلى العناد والاستقلالية والتمرد على سلطة الأسرة، وقد تظهر في خلال ذلك بعض الأعراض النفسية مثل اضطراب الهوية حين يتساءل المراهق عن انتمائه إلى الأسرة والمجتمع، وقد تظهر هنا بعض أعراض الاكتئاب. ومما لاشك فيه أن الاكتئاب من الاضطرابات النفسية الشائعة والتي كثيرًا ما لا يلتفت إليها الناس جميعًا من الأسرة،

الأصدقاء، المتطوعين، الجيران ولا أيضا المسئولون عند تقديم الرعاية الصحية لأطفال مرضى السرطان وتتمثل خطورة المرض في حرمان الطفل المصاب بالسرطان من القيام بنشاطه السابق، إغراق نفسه في كثير من الهموم والأحزان وآلم وخز الإبر، وتعاطي العلاج الكيماوي، والإقامة داخل المستشفى لفترات طويلة، وصعوبة النوم في معظم الأيام والخوف من الأوجاع كل ذلك يؤدي إلى اضطراب الطفل المصاب بالسرطان باضطراب الاكتئاب.

ويذكر(Connell,2012) في عينة دراسته من الذكور والإناث من عُمر(٨-١٨) عامأن التغيرات الجسدية الناتجة عن مرض السرطان تؤدي إلى انخفاض في تقدير الذات وأيضا إلى الإصابة بالاكتئاب. ولذلك سوف نتناول معًا مفهوم الاكتئاب، وتصنيفه، وتشخيصه، وأعراضه، والأسباب المؤدية إليه، النظريات المفسرة له، الطرق المتنوعة لعلاج الاكتئاب.

***

أولاً: مفهوم الاكتئاب:

قد تناول كثير من علماء النفس مفهوم الاكتئاب فيما ساهم في تحديد ما هو الاكتئاب ولمعرفة أبعاده ومستوياته من خلال عرض عدد من التعاريف بعد أن تتعرف على الأصل اللغوي للاكتئاب حسب ما أورده ابن منظور في لسان العرب

١-فالاكتئاب في اللغة هو: الاكتئاب من كئب والاكتئاب سوء الحال والانكسار من الحزن، يكأب كأبا وكآبة، واكتئاب أي حزن وإغتم وإنكسر فهو كئب وكئيب والكآبة هي تغيير النفس بالانكسار من شدة الهم والحزن. (ابن منظور، ب.ت: ٦٤٩).

٢- ويعرف (بيك وبرنس ,Beck & Burns1987) الاكتئاب بأنه أحد الاضطرابات الوجدانية التي تتسم بحاله من الحزن الشديد وفقدان الحب وكراهية الذات والشعور بالتعاسة وفقدان الأمل وعدم القيمة ونقص النشاط والاضطراب المعرفي متمثلاً في النظرة السلبية للذات وانخفاض تقديرها وتشويه المدركات وتحريف

الذاكرة وتوقع الفشل في كل محاولة ونقص الفاعلية العقلية.(Beck,Burns,1987: 120).

٣- ويعرف "انجرام" (Ingram,1994:113) الاكتئاب على أنه اضطراب (مزاجي أو وجداني) يتسم بانحرافات مزاجية تفوق التقلبات المزاجية الأخرى.

٤- ويرى (سالم الشهري، ١٩٩٦: ١٧) الاكتئاب " هو حالة من الألم النفسي يعاني منها الفرد من مشاعر الحزن والغم والضيق نتيجة لتعرضه لكروب الحياة يصاحب ذلك شعوره باليأس وعدم القدرة على التركيز والأرق وفقدان الثقة بالنفس وفقدان الأمل والشعور بالكسل والاسترخاء والبلادة.

٥- ويعرف معجم علم النفس والطب النفسي الاكتئاب بأنه " حالة انفعالية من الحزن المستمر تتراوح بين حالات الحزن المعتدل نسبيًا والوصول إلى أقصى مشاعر اليأس والخمول وغالبًا ما تكون هذه المشاعر بفقدان المبادئة وفتور الهمة والأرق وفقدان الشهية وصعوبة التركيز واتخاذ القرار وتواجد أنماط مختلفة ودرجات متباينة من الاكتئاب.(جابر عبد الحميد وعلاء كفافي، ١٩٩٠: ٩٢٠).

٦- ويضع الدليل الإحصائي التشخيصي للإضرابات النفسية تعريفًا للاكتئاب العصبي بأنه عصاب يتسم بمزاج من التعاسة والأفكار غير السارة، بالإضافة إلى العجز عن مجارات شئون الحياة اليومية، وضعف الطاقة وصعوبة التنفيذ وسرعة الإنهاك وتبكيره ويضطرب النوم عادة، وغلب الأرق في أول الليل عن اليقظة المبكرة. (أحمد عكاشة، ١٩٩٨: ٤٥٢ ــ ٤٥٣).

٧- ويركز (عبد الستار إبراهيم، ١٩٩٨) على وضع حدود فاصلة بين الاكتئاب العادي والاكتئاب المرضي في تعريفه حيث يذكر أنه: ليس الاكتئاب هو مجرد هذا الحزن المؤقت على وفاة عزيز أو

ذلك الهبوط في المزاج الذي يتملكنا بين الحين والآخر، وليس هو مجرد إحساس بوحدة تنقشع بزيارة صديق أو مبادلة الحديث مع أحد الرفاق أو الزملاء، عندما يذكر الاكتئاب تذكر معه الكثير من خصائص الاضطراب بما فيها المزاج العكر والتشاؤم، والشعور بالهبوط والعجز وبطء عمليات التفكير وبطء التذكر وإنتقاء الذكريات الحزينة والمهينة، أي يعبر الاكتئاب عن كل تلك الآلام النفسية والجسيمة والمنغصات التي تمضي عليها الأيام والشهور وهذا هو الاكتئاب المرضي الذي أصبح اليوم بالإمكان التعرف عليه، وعلاجه نفسيًا بكفاءة عالية.

٨- والاكتئاب " هو حالة من الحزن الشديد مع فقدان الرغبة في القيام بأي نشاط عضلي أو فكري تتبعها عملية الانسحاب من الحياة الاجتماعية. (مها الحمري، ٢٠٠١: ٤١).

٩- ويشير (حامد زهران، ٢٠٠١: ٥١٤) بأنه " حالة من الحزن الشديد المستمر نتيجة للظروف المحزنة الأليمة وتعبير عن شئ مفقود، وإن كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي لحزنه "

١٠- ويعرف بأنه " اختلال يصيب الجهاز النفسي البيولوجي كله، ويشتمل على الانفعالات والسلوكيات والوظائف البدنية، ويتميز المكون الانفعالي بوجود مزاج كدر يشتمل على مشاعر الحزن والتوتر واليأس والشعور بالإثم، وتشتمل الأعراض البدنية على توهم المرض والأرق وزيادة الوزن أو نقصانه والإمساك والإسهال، والثبات والخمول وعدم النشاط والانعزال عن العمل وتجنب الأنشطة السارة".(راشد الشمراني، ٢٠٠٤: ١٣١).

١١-اكتئاب الأطفال: هو جملة الأعراض المؤلمة والمحزنة التي يشعر بها الطفل والتي تتضح خلال وصفه لحالته المزاجية بالحزن واليأس والهبوط، وبأنه طفل سيئ كثير الخطأ يكره ذاته، ولا يتقبل شكله، فقد متعة الحياة ولذتها، فقد شهيته للطعام، أصبح أكثر قلقا

وأصبح أرقا وصار أكثر شعورًا بالوحدة وأكثر عجزًا عن إنجاز الأعمال المدرسية.

(محمد السيد عبد الرحمن، ١٩٩٨).

ولقد لاحظ الباحث من خلال ما سبق من عرض تعريفات متعددة لمفهوم الاكتئاب أنه لا يوجد تعريف شامل لمفهوم الاكتئاب فمعظم التعريفات تعتمد على ما تنتمي إليه من نظريات أو مدارس وربما يكون ذلك بسبب تعقد أسبابه وأعراضه.

ويعرف الباحث الاكتئاب عند أطفال مرضى السرطان أنه (هو حالة من الحزن الشديد وانكسار النفس تصاحب الطفل المريض بمرض السرطان وذلك لعدم قدرته على الإتيان بنشاطه السابق ويأسه من مواجهة المستقبل وذلك نظرًا لإقامته فترة طويلة على سرير المرض ليتلقى العلاج).

ثانيًا: تصنيف الاكتئاب:

ولقد انقسم علماء الطب النفسي بتفسيرهم للاكتئاب إلى فريقين:

الفريق الأول:

يعتقد أن استجابة الاكتئاب أو الاكتئاب التفاعلي أو ما يسمى أحيانًا بالاكتئاب النفسي هو نفس المرض المعروف بالاكتئاب الذهاني أو العقلي ولكن تختلف شدته وأنه تغير كمي وليس كيفيًا.

الفريق **الثاني:**

يؤمن بأن استجابة الاكتئاب تختلف في أسبابها وأعراضها وطرق علاجها. (أحمد عكاشة،١٩٩٨: ١٣٢).

ويصنفه حامد زهران ٢٠٠١ على إنه:

- الاكتئاب الخفيفMild Depression وهو أخف صور الاكتئاب.
- الاكتئاب البسيطSimple Depression وهو أبسط صور الاكتئاب.

- الاكتئاب الحاد (السوداوي) Acute Depression وهو أشد صور الاكتئاب.
- الاكتئاب المزمن Chronic Depression وهو دائم وليس في مناسبة فقط.
- الاكتئاب التفاعلي (الموقفي) Reactive Depression وهو رد فعلى لحلول الكوارث.
- الاكتئاب الشرطي Conditional Depression وهو اكتئاب يرجع مصدره الأصلي إلى خبرة خارجة يعود إلى الظهور بظهور وضع مشابه أو خبرة مماثلة للوضع أو الخبرة السابقة.
- اكتئاب سن القعودInvolutional Depression Reactive ويحدث عند النساء في الأربعينات وعند الرجال في الخمسينات، أي عند سن القعود أو نقص الكفاءة الجنسية أو إلى الإحالة سن المعاش أو التقاعد.
- الاكتئاب العصابي Neurotic Depression.
- الاكتئاب الذهاني Psychotic Depression.

الفرق بين الاكتئاب العصابي والاكتئاب الذهاني فرق في الدرجة (حامد زهران، ٢٠٠١: ٥١٤).

***

ثالثًا: تشخيص الاكتئاب:

يهدف التشخيص إلى تحديد كمي وكيفي لخصائص الظاهرة ولذلك تتطلب عملية التشخيص توفير نوعين من المعرفة: معرفة بالنظريات، ودراية بالطرائق التي نحصل بها على المعطيات اللازمة لإقامة التشخيص وتشمل:

١- **دراسة تاريخ الحالة:** والتي تتمثل في معرفة تاريخ حياة الشخص منذ أشهر الحمل الأولى حتى اللحظة الراهنة من خلال المقابلة الشخصية.

٢- **فنيات حالية:** (الملاحظة المباشرة) وتستند إلى الاتصال بين الحالة والقائم بالتشخيص من خلال موقف المقابلة.

٣- **استخدام الاختبارات:** حيث يمكن الاستعانة ببعض الاختبارات الإسقاطية أو بعض الاختبارات النفسية التي توضح درجة الاكتئاب.

٤- **فنيات تحليلية:** تفسير الأحلام والهفوات والأعراض البدنية (لغة البدن).

ويضيف "عبد الستار إبراهيم" أن هناك طريقتين في التعرف على الاكتئاب.

الطريقة الأولى: وتتم بلقاء المريض وجهًا لوجه وسؤاله بطريقة منهجية منظمة عن مختلف الظروف الاجتماعية والنفسية والطبية التي أحاطت بشكواه وعادة ما يحاول الأخصائي النفسي خلال هذا الفحص أن يضع تشخيصه المناسب للحالة بما يتوافر له من خبرة أو الرجوع للأدلة التشخيصية للأمراض النفسية والعقلية.

الطريقة الثانية: فهي السيكومترية من خلال استخدام المقاييس النفسية والسلوكية لتشخيص الاكتئاب وما تكشفه من جوانب من الأنماط السلوكية التي تظهر لدى الفرد وجوانب تفاعلاته الاجتماعية. (عبد الستار إبراهيم، ٢٠٠٨: ٥٣).

ومن الملاحظ أن كل من هاتين الطريقتين الإكلينيكية والسيكومترية يكمل كل منهما الأخر، حيث أن كل منهما له مزاياه الخاصة به فمثلاً في المقاييس السيكومترية نجدها سهلة التطبيق على أعداد كبيرة ويمكن تطبيقها خلال فترة زمنية قصيرة كما يسهل تصحيحها وتقدير الدرجة في التعرف على المكتئبين من غيرهم وبذلك فهي تصلح للبحوث المسحية التي تجرى على أعداد ضخمة، ومن أشهر المقاييس النفسية التي تستخدم في تشخيص الاكتئاب، مقياس بيك للاكتئاب، ومقياس منيسوتا للشخصية المتعدد الأوجه والذي يحتوي على مقياس مستقل للاكتئاب مكونًا من (٦٠) عبارة. وهكذا فإن الجمع بين أكثر من طريقة في تشخيص الاكتئاب يجعل التشخيص واضحًا ومحددًا وموضوعيًا كما يكشف عن الجوانب النفسية والاجتماعية في

حياة المريض، وأخيرا يضيف حامد زهران أن تشخيص الاكتئاب سهل ولكن يجب:

- التفرقة بين الاكتئاب التفاعلي والاكتئاب المزمن.
- التفرقة بين الاكتئاب العصابي والاكتئاب الزهاني.
- التفرقة بين اكتئاب سن القعود وبين ذهان الشيخوخة.
- التفرقة بين الاكتئاب وبين نوبات الاكتئاب كأعراض مبكرة للفصام.
- التفرقة بين الاكتئاب وبين أعراض الاكتئاب المصاحب للأمراض الجسمية الخطيرة مثل أمراض القلب والشلل العام.
- الاحتراس حين يغطي المريض اكتئابه بتمسكه بالأعراض العضوية المصاحبة للاكتئاب مثل فقد الشهية أو الأرق أو العنة أو البرود الجنسي.
- الاحتراس في حالة الاكتئاب الباسم (smiling depression) فقد تغطي وجه المكتئب ابتسامه خادعة مضللة (حامد زهران، ١٩٩٧: ٥١٨).

***

رابعًا: أعراض الاكتئاب:

وافق الباحثون بصفة عامة على مجموعة من الأعراض المرتبطة بالاكتئاب، فالاكتئاب يعبر عن مجموعة من الأعراض المركبة التي يطلق عليها العلماء مفهوم الزملة الاكتئابية، وسوف نستعرض ما لخصه في مظاهر الاكتئاب. (عبد الستار إبراهيم، عبد الله عسكر، ٢٠٠٥: ٦٢).

(أ) المظاهر الانفعالية:

- تتمثل بالحزن.
- فقدان الاستمتاع بالأنشطة السارة أو المعتادة.
- البكاء بحرقة.
- اليأس ومطاردة الشعور بالذنب.
- الشعور بعدم الكفاية أو الرضا.

(ب) مظاهر اضطراب النشاط النفسي:

-الاعتمادية الشديدة.

-انخفاض الطاقة.

-التعب والإنهاك.

-الفتور واللامبالاة.

-قصور في التركيز.

-فقدان الاهتمام بالأمور المعتادة.

(ج) مظاهر الاضطراب المعرفية:

-التوقعات السلبية (ترقب الشر وخيبة الأمل).

-انخفاض في تقدير مفهوم الذات.

-المبالغة في النظر إلى المشكلات البسيطة.

-لوم الذات.

-صعوبة اتخاذ القرار.

-الأفكار الانتحارية.

-تمركز أفكاره حول الموت.

-الانشغال الشديد بالبدن وتوهم المرض.

(د) اضطرابات حسية /حركية:

-اضطرابات الشهية بين الزيادة والنقصان ونقص الوزن أو زيادته.

-اضطراب في إيقاع النوم وصعوبة الدخول فيه مع الأرق أو زيادة النوم.

-انحسار الطاقة الجنسية.

-الاستيقاظ مبكرًا.

-التغير اليومي في المزاج.

-وابتئاس المزاج مع الصباح.

(ه) اضطرابات بدنية:

- اضطراب دورة الحيض أو الطمث لدى الإناث.

- انقطاع الطمث أو الدورة الشهرية.
- الإمساك.

كما يصنف بيك(Beck, 1967: 61) نقلاً عن (رشاد موسى، ١٩٩٣: ١٥) الأعراض الاكتئابية في المظاهر التالية: -

- المظاهر الانفعالية: مثل فقدان الفرد القدرة على الاستمتاع والمرح والضحك ويقلل منقيمة ذاته.
- المظاهر المعرفية: وتتمثل في تكوين صورة سلبية عن الذات، وتوجيه اللوم إلى الذات، وتضخيم المشكلات وعدم القدرة على الحسم، واستهزاءات للحط من قيمة الذات.
- المظاهر المتعلقة بالدوافع: وتتمثل في شلل يصيب الإرادة والرغبة والهروب من الموت وتزايد الرغبات الإتكالية.
- المظاهر الجسمية: وتتمثل في التعب بسرعة وبسهولة، وفقدان اللبيدو والشعور بالأرق.

كما يوضح عزيز حنا (١٩٩١: ٣١٥) أن مفتاح تشخيص الاكتئاب هو التغير في النواحي النفسية والبيولوجية، وهذا التغير الذي يشمل الانفعالات والوجدان وفسيولوجيا السلوك. كما يشير إلى أن المزاج الاكتئابي هو العرض الأساسي والغالب في أكثر من (٩٠ %) من مرضى الاكتئاب كما أن الإحساس بالذنب ولوم الذات عاملان مشتركان أيضًا بالنسبة لمرضى الاكتئاب ويحدد جملة أعراض الاكتئاب في عدة عوامل هي:

١-عامل المزاج مصحوب بأحاسيس فقدان الأمل، وفقدان الحماس أو انخفاضه.

٢-عامل اتهام الذات الذي يمثل مفهوم عقاب الذات والإحساس بالذنب.

٣- العامل الجسمي الذي يتضمن العديد من الشكاوى الجسمية واضطراب النوم.

وحدد دليل التشخيص الرابع(DSM.IV) زملة الاكتئاب، كمزاج مكتئب يصحبه عدد من الأعراض التي تستمر لفترة طويلة وتؤدي إلى الإخلال والتعطل في الوظائف النفسية والاجتماعية، كما تحدد الأحداث الاكتئابية

الكبرى في خمسة أو أكثر من الأعراض التالية، والتي تستمر لأسبوعين، بشرط وجود المزاج المكتئب وفقدان الاهتمام بالمتعة وهي:

- المزاج المكتئب.
- فقدان الاهتمام أو الاستمتاع بالحياة.
- نقص أو زيادة الشهية للطعام وزيادة أو نقص الوزن بشكل ملحوظ.
- الأرق وقلة النوم أو الإفراط فيه.
- التأخر النفسي الحركي أو التململ.
- نقص في الطاقة والنشاط مع الإنهاك.
- الشعور بالرداءة وعدم الجدارة، والذنب ولوم الذات.
- نقص التركيز والحيرة والارتباك.
- التفكير في الموت أو محاولة الانتحار. (Lemma, 1996: 71-73).

وقد صنف ماكينزي أعراض الاكتئاب كما في الجدول الآتي:

جدول رقم (٣) أعراض الاكتئاب

الأعراض الجسدية	الأعراض النفسية
- مشاكل النوم (صعوبة الإخلاد للنوم، الاستيقاظ باكر، أو النوم لفترة طويلة).	- مزاج مكتئب - فقدان الاهتمام بأشياء اعتدت الاستمتاع بها. - قلق.
- بلادة ذهنية وبدنية.	- لامبالاة عاطفية.
- زيادة أو نقصان في الشهية.	- تفكير مسبب للاكتئاب.
- فقدان الرغبة في الجنس.	- مشاكل في التركيز والذاكرة.
- تعب.	- توهمات.
- إمساك.	- هذيان.
- عدم انتظام الدورات الحيضية.	- نزوع إلى الانتحار.

(كوام ماكينزي، ٢٠٠٤: ١١)

خامسًا: الأسباب والعوامل المؤدية للاكتئاب

(أ) العوامل العضوية:

تسبب الإصابة بالأمراض العضوية حدوث الأعراض الاكتئابية فمثلا تزداد الأعراض الاكتئابية في فترة الطمث، كما يسبب نقص إفراز هرمون الغدة الدرقية حدوث أعراض اكتئابية شديدة، كما إن الإصابة بالأمراض المزمنة تساهمفي الإصابة بالاكتئاب وهذا ما وضحته دراسة ويليامز وريتشارد سون (١٩٩٣) أنه من خلال تحليل المكونات الأساسية لمقياس بيك للاكتئاب الذي تم تطبيقه على العينة إلى ثلاث عوامل دالة هي الحزن على الصحة ولوم الذات والاضطراب الجسمي ولقد كانت الفقرات المشبعة بالعامل الجسمي هي أكثر العوامل تشبعًا.

(ب) العوامل النفسية:

تلعب العوامل النفسية دورًا هامًا في نشأة المرض بنسبة تصل إلى(٨٠%) وتتمثل العوامل النفسية في الصراعات والخبرات المؤلمة والاحباطات ومنها سمات الشخصية المنطوية كالخجل والإنسحابية والشعور بالنقص وتدني مفهوم الذات والاحباطات الشديدة.

(ج) العوامل البيئية:

وتتمثل في الأزمات البيئية كالكوارث والأمراض المستعصية، الطلاق والهجرة والانفصال عن الأحبة (بالموت مثلاً)، يعتبر ذات أهمية بالغة في زيادة الاكتئاب. (عبد الستار إبراهيم، ٢٠٠٨: ٦٨)

(د) الأدوية والمخدرات:

هناك العديد من الأدوية التي تصيب الإنسان بالاكتئاب لأنها تحدث تغييرًا في كيميائية الدماغ. كما أن هناك الخمور والحبوب المذهبة التي تصيب الإنسان بالاكتئاب في حالة توقفه عن تناولها. وفي دراسة (تيفاني، وميكويل، وكريستوفو Tiffany, Miqual & Christopher, 2001) التي هدفت إلى التعرف على عوامل الخطورة التي تنبئ بالاكتئاب لدى عينة من (٧٩) مراهقًا ومراهقة في المدرسة الثانوية وأظهرت أن من العوامل الخطرة

التي تُنبئ بالاكتئاب هي قضاء وقت قليل في ممارسة الرياضة وإنهم يستخدمون الماريجوانا والكوكايين.

(ه)عوامل اجتماعية:

وجد أن العزلة الاجتماعية والوحدة وما يصاحبها من يأس وفقدان الأمل والأمان، تفسر بعض حالات الاكتئاب المزمن التي لا تستجيب استجابة حسنة للعلاج، كذلك نقص المهارات الاجتماعية والشعور بالوحدة والميل للعزلة إضافة إلى نقص أو قصور المساندة الاجتماعية المتقدمة من قبل الآخرين(محمد عبد الرحمن، ٢٠٠٠). والأساليب الوالية اللاسوية في التنشئة كإهمال الأبناء ونبذهم والقسوة والشدة عليهم، والخصائص المزاجية الاكتئابية للوالدين أو أحدهما والتفكك الأسري والانفصال المبكر للوالدين أو عنهما والخلافات الوالدية الشديدة واضطراب المناخ الأسري. (عبد المطلب أمين القريطي ١٩٩٨: ٣٩٣).

وهذا ما تؤكده عديد من الدراسات ومنها دراسة (سلوى عبد الباقي، ١٩٩٢) حيث أوضحت أن المكتئبين يتميزون بغياب التفاعل الأسري والشعور بالنقص والفقر والتذبذب في علاقة الوالدين والحاجة إلى الحب والدفء. بينما تشير دراسة (حسين على محمد الفايد، ١٩٩٨) أن الأسر التي تنخفض فيها المساندة الاجتماعية أعلى في ظهور الأعراض الاكتئابية.

***

سادسًا: النظريات المفسرة للاكتئاب

لقد تعددت النظريات المفسرة للاكتئاب فمنها ما يركز على العوامل السيكولوجية الديناميكية مثل التحليل النفسي، ومنها ما يركز على العوامل البيئية الاجتماعية كالمنظور الاجتماعي، ومنها ما يركز على الإدراكات المعرفية كالمنظور المعرفي.

النظرية التحليلية:

أ- نظرية إبراهام:

في عام (١٩١١م) قدم إبراهام محاولته الأولى في فهم الاكتئاب فأفترض أن العدوان والكراهية المدمرين للقوة العاطفية ينجمان عن رغبات

جنسية مكبوتة وهذه تسبب مرض الاكتئاب، فالعدوان الناتج عن الإسقاط نحو الذات يكون مشاعر الإثم والتهيج والانتقام وقد وسع أبراهام في نظرية فرويد، وأكد على أن الاكتئاب تثبيت للمرحلة الفمية. (محمد الحجار، ١٩٩٤: ٩٦).

ب- نظرية فرويد:

قدم "فرويد" نظريته الشهيرة التي طرحها في مقالته تحت عنوان "التفجع والميلوخوليا" حيث يرى أن الاكتئاب ما هو إلا تفاعل قائم بين الدوافع والعواطف، وقارن بين الحزن والاكتئاب، فافترض أن الاكتئاب فقدان للأنا (Ego loss) على مستوى اللاشعور، بينما في الحزن يكون الفقدان شعوريًا والأنا سليمة. ويرى "فرويد" أن الاكتئاب ينشأ عندما تسيطر الأنا الأعلى التي تتسم بالشدة والقسوة على الأنا الذي غالبًا ما يكون ضعيفًا لا يملك سلاحًا مما يجعله (الأنا) تحت رحمة الأنا الأعلى وبالتالي ينقاد له ويرضخ للقواعد الأخلاقية القاسية عندئذ تلجأ الأنا الأعلى إلى إتباع ميكانيزمات للدفاع تحقق بواسطتها حماية من حاجات الهو، ومصالحة مع الأنا الأعلى، فتستريح من المواجهة وتستكين إلى الدعة والبعد عن كل ما يثير تسلط الأنا الأعلى. (عبد الله المعيلي، ١٩٩٩: ٦٢)

النظرية السلوكية للاكتئاب:

يرى أصحاب النظرية السلوكية أن الاكتئاب مكتسب (متعلم) شأنه شأن أي سلوك آخر ويمكن تفسيره على أساس الإشراط الكلاسيكي الذي مفاده أنه عندما كان من شأن مثيرات معينة (مشروطة) أن تولد استجابات انفعالية (مشروطة) فإن الأفراد يتجنبون مواجهة هذه المثيرات كذلك يمكن فهم ذلك السلوك المكتئب (المتعلم) على أساس الإشراط الإجرائي والذي يرى أن نوع ومعدل أحداث البيئية هي العوامل الأساسية للاكتئاب. (محمد الشناوي، ومحمد عبد الرحمن، ١٩٩٨: ٣١٥).

ويرى بعض السلوكيين أن الاكتئاب يحدث نتيجة لانسحاب مصادر التعزيز المعتادة أو غيابها من الحياة الفرد، كالزواج أو الوظيفة أو الثروة أو

النجاح، ونتيجة لذلك يقل معدل نشاطه إذا لم يستشعر الفرد تعزيزًا وتدعيمًا وتعاطفًا ومساندة من قبل الآخرين لاستعادة المعدل المعتاد لنشاطه، فإنه يأخذ في المزيد من التدهور حتى ينسحب الفرد تماما ويكتئب.

(عبد المطلب أمين القريطي، ١٩٩٨: ٣٦٩).

والافتراض الرئيسي للنظريات السلوكية عن الاكتئاب هو أن انخفاض معدل السلوك الناتج، وما يتعلق به من مشاعر القلق وعدم الارتياح ينتج عن انخفاض معدل التدعيم الإيجابي أو ارتفاع معدل الخبرات الكريهة والبغيضة، وهذا يعني أن حالة الاكتئاب تنتج عن انخفاض الثواب المرغوب فيه أو زيادة الأحداث غير السارة، وكلها تؤدي إلى حالة الاكتئاب ومن هنا فإن الفكرة الرئيسية عند أصحاب النظريات السلوكية عن الاكتئاب هي أنه يحدث نتيجة لتشكيلة من العوامل تتضمن انخفاض تفاعلات الفرد ببيئته المؤدية إلى نتائج إيجابية له أو زيادة معدل الخبرات السيئة والتي تكون بمثابة عقاب له. (فتحي مصطفي الشرقاوي، العارف بالله الغندور، ٢٠٠١: ١٧٩).

و يرى ريس (Rathus,1987) أن المكتئبين غالبًا ما يكون لديهم عجز في المهارات الاجتماعية وبعض المهارات الأخرى، وبالتالي يفشلون في الحصول على التدعيم كما يكون لدى المكتئبين هذه المهارات إلا إنهم لا يثقون في أنفسهم. (Rathus,1987: 519)

الفكرة الرئيسية عند أصحاب النظريات السلوكية عن الاكتئاب هي أنه يحدث نتيجة لتشكيلة من العوامل التي تتضمن انخفاض تفاعلات الفرد مع بيئته المؤدية إلى نتائج إيجابية له زيادة معدل الخبرات السيئة والتي تكون بمثابة عقاب له. (حسن اللطيف، ١٩٩٧: ٤٧).

ويقدم " لوينسون وزملاءه " مجموعة من الأسباب التي تؤدي إلى إيجاد تفاعلات تقل فيها معدلات التعزيز الإيجابي أو تزداد فيها معدلات الخبرات الكريهة للفرد والأسباب المفترضة لذلك هي:

أ- بيئة الفرد نفسها قد تقل فيها المدعمات الإيجابية وقد تزيد فيها جوانب العقاب.

ب- نقص مهارة الفرد في التماس المدعمات الإيجابية المتوفرة في بيئته.

ج- يمكن أن تكون فعاليات التدعيم الإيجابية قد انخفضت، والعكس صحيح أن تكون فعاليات الأحداث غير السارة قد زادت. (عز الدين جميل عطية، ١٩٩٣: ٦٣-٦٤).

ويرى" لوينسون وزملاؤه" أن الاكتئاب يتطور حسب وجهة نظر السلوكية كالآتي:

أ- التدعيمات كان من السهل الحصول عليها بصورة مستمرة.

ب- عدم الحصول على هذه التدعيمات يسبب فقد مصادر هذه التدعيمات.

ج- شعور الفرد بأن عدد من التدعيمات قد فُقد.

د- ينجم عن ذلك الانسحاب الاجتماعي وعدم الاهتمام بالأنشطة وعدم الفاعلية.

هـ- وينتهي هذا إلى معاناة الفرد من الاكتئاب. (بكر فرج إمام ١٩٩٦: ٥٠).

النظرية المعرفية:

قام أصحاب النظرية المعرفية بتقديم فروضًا عديدة تعزو الاكتئاب إلى أسباب معرفية سالبة. ويرى "بيك" (Beck: 1967) أن أعراض الاكتئاب تتوالى تبعًا لفاعلية الأنماط المعرفية كما أنه بين العاطفة والعنصر المعرفي فقد بين أنه عند حدوث موقف معرفي يكون هناك رد فعل عاطفي لهذا الحدث لدى الفرد بصورة معرفية تحدد وجدان الاكتئاب تبعًا للمعارف المرتبطة بتقدير الحدث فإذا كانت المعارف مضطربة فستكون المشاعر الواردة غير مناسبة للحدث أو مبالغًا فيها ومن ثم يكون الاكتئاب. (فهد الدليم وآخرون: ١٩٩٣: ٩). وهو بذلك يوضح أن ردود الفعل الانفعالية ليست استجابات مباشرة ولا تلقائية بالنسبة للمثير الخارجي وإنما يجري تحليل المثيرات وتفسيرها الخارجية وجود الاضطرابات النفسية. (محمد الشناوي: ب.ت،١٤٧).

وينظر بيك إلى الاكتئاب بوصفه تنشيطاً لثلاثة أنماط معرفية رئيسة تؤدي إلى أن ينظر الفرد إلى نفسه وإلى خبراته وإلى مستقبله بصورة متميزة سلبيًا ويسمى تلك الأنماط الثالوث المعرفي:

١- **نظرة المكتئب السلبية إلى نفسه:** إذ يعتبر الفرد ناقص الكفاءة يعاني من القصور والنبذ وهو ينزع إلى أن ينسب خبراته غير السارة إلى نقائص مفترضة فيزيقية أو عقلية أو خلقية إنه بسبب هذه النقائص المفترضة فيزيقية أو عقلية أو خلقية ينزع إلى رفض نفسه بل ويعتبر أن هناك الكثير من الخصائص التي تنقصه وبدورها تحقق له السعادة أو القناعة.

٢- **الفرد المكتئب يفسر وبشكل سلبي أغلب الخبرات التي يمر بها:** فهو ينزع إلى أن يرى عالمه يتطلب منه أمورًا غير معقولة أو أن تصرفات الآخرين موجهة ضده.

٣- **نظرة الفرد المكتئب إلى الحياة والمستقبل بصورة سلبية:** فهو يتوقع أن متاعبه الحالية دون نهاية ولا يرى أمامه غير المصاعب والحرمان والإحباط وهو يتوقع الفشل في كل ما يقدم عليه من أعمال. (لويس ملكية، ١٩٩٠: ٢٣١-٢٣٢).

واستطاع "بيك" أن يقسم المفاهيم النظرية المتعددة للمريض المكتئب إلى الثالوث المعرفي(Cognitive Traid) فيرى المكتئب عالمه وذاته ومستقبله بطريقة سالبة، وكلما أصبح هذا الثالوث غالبًا أو مسيطرًا كان المريض أكثر اكتئابا، وتظهر أعراض أخرى غير معرفية للاكتئاب لأن الشخص يشعر بالنبذ أو يعتقد أنه منبوذ فيشعر بالحزن، كما يبدو أن المطالب كلها مملة من المحال تجاوزها، وفي ضوء هذا تشل الرغبة والإرادة ويريد الهروب من كل هذه المطالب تجنبًا لمثل هذه المشاعر وتكون تلك المشاعر في زيادة مستمرة وتتحد مع مشاعر الشعور بالعجزوعدم الإحساس بالقيمة (Worth lessness) فتزداد رغباته للانتماء من أجل الهروب من هذا المصير.(رشاد عبد العزيز، ١٩٩٣: ٢٤)

ولقد حدد بيك بعض الملامح المشتركة بين المكتئبين:

١- الحزن والمزاج المتبلد.

٢- تقدير منخفض للذات ومفهوم سالب لها.

٣- الانسحاب الاجتماعي والرغبة في العزلة.

٤- الأرق وصعوبة في النوم.

٥- انخفاض مستوى الأداء لأي نشاط. (انتصار الصبان، ١٩٩٣: ٤٢).

ولقد لاحظ الباحث من خلال ما سبق أن كل نظريةتركز على جوانب محددة للإنسان ورسم الإنسان من خلال الزاوية التي تنظر منها. فنرى في **نظرية التحليل النفسي** أنها ركزت على الصراع القائم بين الهو والأنا، والأنا الأعلى، وتركز أيضا على دور عدم الإشباع في المرحلة الفمية للطفل هي أحد الأسباب الرئيسية في إصابة الإنسان بالاكتئاب، وبذلك توضح أن الإنسان تحت أي ضغط يتعرض له فأنه مجبر لا محالة على النكوص إلى مرحلة طفولية سابقة وعلى الرغم ما قدمته النظرية إلا إنها أجملت أن الأسباب الرئيسية للاكتئاب ترجع للماضي، وأن طريقة العلاج لا تتم إلا بالرجوع إلى الماضي وتداعي الخبرات الماضية مع إغفال بعض الجوانب الحياتية التي تتمثل في الوقت الراهن والتي تكون هي أحد الأسباب الرئيسية في تكوين اضطراب الاكتئاب.

ونرى في النظرية السلوكية: على الرغم من إسهامات النظرية السلوكية أنها ركزت على حاضر الفرد وأهملت ماضيه، وأنها أجملت بأن الفرد ما هو إلا رد فعل للتدعيم المقدم له سواء كان هذا التدعيم (إيجابي- سلبي) وبذلك يصبح الإنسان كائن مُستَقبل فقط غير مسهم في مجرى حياته، وأهملت الجوانب الانفعالية والمعرفية القائمة على التفكير والإدراك.

ونرى في النظرية المعرفية: أنها ركزت على جانب التفكير وأهمية التفكير في نشأة المرض وتوليد الانفعالات، ولكن ليس الأمر بهذه السهولة بأن الأفكار تستطيع توجيه العواطف والمشاعر نحو شخص أو نحو فكرة لمجرد الاقتناع بالفكرة وحيث أن الأمور معقدة بين القلب والعقل لا يمكن إيضاحها بهذه الصورة البسيطة.

وكل هذه العوامل متداخلة في دراستنا لأطفال مرضى السرطان (فالطفل المريض بالسرطان قد يكون أحد أسباب اضطرابه النفسي مرض السرطان فهذا يمثل الوقت الراهن، قد لا يكون المرض بل ماضيه يحتوى على خبرات مؤلمة كثيرة، وقد تكون القناعة الفكرية له بعدم قدرته على الإتيان بنشاطه السابق هي سبب رئيسي في اضطرابه بالاكتئاب).

ولذلك يرى الباحث أن الطفل وحدة متكاملة مترابطة لا يمكن أن نفصل فيه النفس عن الجسد أو أن نفصل عامل عن أخر في بلورة وتكوين شخصية الطفل.

***

سابعًا: علاج الاكتئاب:

يتوقف نجاح العلاج على مدى استعداد المريض وتقبله للعلاج وعلى طبيعة حالته التي تتطلب نوعًا معيناً من هذه العلاجات والبحث في الأساليب بالإضافة إلى الاتجاه النظري الذي يتبناه المعالج، وقد تعددت أساليب وطرق علاج الاكتئاب وفقًا لتعدد المداخل التي تفسر الاكتئاب وسوف نستعرض فيما يلي أهم طرق علاج الاكتئاب مقسمة على قسمين:

-العلاج الطبي.   -العلاج النفسي.

أولاً: العلاج الطبي:

أ- العلاج الكيمائي (بالعقاقير):

فهو عبارة عن أدوية تعمل على مراكز في الدماغ متخصصة في تنظيم المزاج فتعيد نسبة بعض المواد الكيمائية إلى مستواها الطبيعي فتتحسن نفسية المريض تبعًا لذلك وتخف كآبته، ويمكن استخدامه في مختلف أنواع الاكتئاب ومن أمثلتها (التوفرانيل، التريبتزول، البروزاك، ألفا فارين، البارنيت، والفارديل) وغيرها.

ب- العلاج بالصدمات الكهربائية (الجلسات الكهربائية):

وهو عبارة عن إمرار تيار كهربائي ضعيف يؤدي إلى تنشيط خلايا الدماغ ويتم في حالة التخدير الكامل حتى لا يشعر المريض بأي ألم، وهذه

الطريقة من أجدى علاجات الاكتئاب وأقلها آثارًا جانبية.(طارق الحبيب، ٢٠٠٣: ١٧٥).

ج- العلاج بالتداخل الجراحي:

وهناك نوعان شائعان من الجراحات النفسية:

١- جراحات التخفيف من الاكتئاب التفاعلي (Reactive Depression) وحالات القلق وعصاب الوسواس القهري، وتجرى أغلب هذه الجراحات في المربع الأسفل وسط الفص الجبهي والأجزاء المحيطة في المخ.

٢- جراحات تجرى في حالات السلوك العدواني الشديد: حيث تجرى الجراحة على الدوائر العصبية التي تربط بين (الاميجد) و(الهيبوثلاموس). (أحمد عكاشة، ١٩٩٨: ٣٩٥)

ثانيًا: العلاج النفسي:

إن خلط العلاج النفسي والعلاج الكيميائي هو أحسن السبل لمواجهة اضطراب الاكتئاب خاصة للوقاية من النكسة وأكثر العلاجات النفسية المستعملة في الاكتئاب هي العلاج النفسي والعلاج النفسي البين شخصي (أحمد عكاشة، ١٩٩٨: ٣٨١)، وسوف نستعرض بصورة موجزة أنواع العلاج النفسي للاكتئاب حسب تفسير كل نظرية لنشأته وتفسيرها له:

١- العلاج التحليلي:

ويعتمد أساسًا على الكشف عن الجنسية الطفلية والصدمات التي تلقاها المريض في الخمس سنوات الأولى من حياته، من خلال عمليات التداعي الحر وتفسير الأحلام والتحول والكشف عن العمليات الدفاعية اللاشعورية. (نادر الزيود، ١٩٩٨: ٣٦-٤٠).

ويتحدد مدى الشفاء بمدى علاقة الطرح بين المريض والمعالج وبمدى هذه العلاقة الطرحية من قوة تسمح بقبول المعالج، وبالتالي قبول الموقف العلاجي نفسه وتتحقق المعرفة ويكون الشفاء، ومشكلة تحقيق علاقة طرحيه هي المشكلة الأساسية في علاج الاكتئاب وبخاصة الحالات الشديدة أما فيما

يتعلق بحالات الاكتئاب البسيطة (العصابية) فكما يقرر (فيجل): " أن أهون حالاتها لا تحتاج إلى آخر خاص لأن تصفية الصراعات الطفلية الأساسية أثناء تحليلنا للعصاب الرئيسي تؤدي بصورة آلية إلى تصفية مشاعر الدونية العصابية وإلى تناغم نسبي مع الأنا العليا ". ويتوقف مدى نجاح علاج الاكتئاب على مدى استعداد المريض أولا للعلاج وطبيعة حالته، بسيطة كانت أم شديدة، ومدى نكوصه النرجسي الذي يجعل من الصعب تحقيق العلاقة الطرحية في التحليل النفسي. (عبد الله عسكر، ١٩٨٨: ١٨١).

٢- العلاج السلوكي:

من الأساسي بالنسبة للمعالجين السلوكيين البدء في التحديد الدقيق والنوعي للسلوك الذي نرغب في تعديله أو علاجه حيث أن الاكتئاب ما هو إلا مجموعة من أنماط سلوكية (الأرق - الكسل - الشكاوى الجسمية... إلخ) والعلاج يتطلب الاهتمام بخلق شروط وأنماط جديدة من التفاعل بين الفرد والبيئة، ولا يقف دور المعالجين السلوكيين عند مجرد اكتشاف الاضطراب وتحديده ومقداره (أي التشخيص) بل يساعدون المريض على التحديد الدقيق لأنماط السلوك والجيد الذي يجب أن يتجه إليه الاهتمام بدلاً من السلوك المرضي كما يساعدونه في وضع الخطة العلاجية وتنفيذها في اتجاه التخلص من هذا الاضطراب بكل الأساليب المعدة لهذا الغرض. (عبد الستار إبراهيم، ١٩٩٨: ٢٢٣)

والمكتئب غالبًا ما تنقصه المهارات الاجتماعية (Social Skills) أي تنقصه المهارات وصور السلوك المختلفة التي تساعد المرء على التكيف السوي خلال علاقاته الاجتماعية وتفاعله مع الآخرين، وبشكل يرضي به تقديره لذاته كما أن الاكتئاب ينشأ من التدعيم السالب من البيئة ويقوم أسلوب تصحيح ذلك بتعلم صور سلوكية توافقية يتم الحفاظ عليها من خلال برامج تدعيميه لهذا السلوك فالنظريات السلوكية ترى أن المظاهر الأساسية في الاكتئاب تعود إلى خفض في معدلات السلوك التوافقي، وخفض في معدلات الإثابة التي يحصل عليها المكتئب من الآخرين ولتحقيق أهداف العلاج يستعين المعالج السلوكي بأسلوبين، هما التدريب على المهارات الاجتماعية

اللازمة لتحقيق توافق سوي خلال تفاعل الفرد مع الآخرين، والتدريب التوكيدي حيث يمكن للمريض عن طريق هذين الأسلوبين أن يتعرف على النتائج الإيجابية لسلوكه، وأن يتزايد استخدامه للسلوك الفعال والذي يؤكد على قدراته التوافقية في علاقاته مع الآخرين وإطفاء السلوك الاكتئابي.

(عزت إسماعيل، ١٩٨٤: ٢٣٩ – ٢٤٠).

٣- العلاج المعرفي:

إن هدف العلاج المعرفي للمنظور الذي قال به بيك هو تصحيح المفاهيم السالبة من خلال مهام معرفية، حيث يمكن لهذه المهام أن تكشف للمريض عدم صدق أفكاره وأساليب العلاج تكون مواجهة العمليات العقلية المعرفية فهي تهدف إلى التعرف على هذه الأفكار غير الواقعية وتصحيحها وتعلم اقتحام المشاكل والتفوق عليها بخاصة تلك المواقف التي يعتقد بعدم إمكانية مواجهتها.(عزت إسماعيل، ١٩٨٤: ٢٤٣).

والعلاج المعرفي وتنمية التفكير العقلاني والإيجابي من خلال إعانته على تنمية طرق جديدة من التفكير في الذات والعالم بغرض التخفيف من أعراض الاكتئاب وتتم الخطة العلاجية لتخفيف درجة الاكتئاب كالتالي:

- المتابعة اليومية لنمو الأفكار اللاعقلانية باستخدام استمارة للتحليل العقلاني.
- عملية دحض للأفكار المرضية.
- تدعيم الخواطر وأساليب التدعيم العقلانية الإيجابية والتي تعزز الثقة بالنفس.
- عقاب الذات عند الفشل في تعديل الأفكار السلبية.
- مكافأة الذات أثر النجاح في عمليات التعديل. (عبد الستار إبراهيم، ١٩٩٨: ٢٣١).

كما يهدف العلاج المعرفي للاكتئاب إلى إعادة صياغة المكونات المعرفية لدى العميل بحيث يكون أكثر دافعية، ويمثل هذا المنظور العلاجي كلا من بيك (Beck) والذي يتضمن علاجه خفض مستوى التشويهات المعرفية لدى المكتئب وتعديل نظرته السلبية لذاته وللخبرة والمستقبل.

أما أليس (Ellis) فيهتم بدحض الأفكار غير العقلانية لدى العميل والتي تشمل توقعات اللامعقولة ومبالغته في المستويات والمعايير وبتضخيم السلبيات.

أما كيلي (Kelly) فيهدف إلى تعديل تخيلات الفرد وتفسيراته السالبة للأحداث من خلال نظريته في البناءات الشخصية. (هشام عبد الله ١٩٩١: ١٢٨).

ويهدف العلاج المعرفي إلى: تحديد الأفكار بالعبارات الذاتية السالبة التي يكررها المريض نفسه

ومساعدة المريض أن يكون واعيًا لمفاهيمه ونمط تفكيره ومساعدة المريض للسيطرة ذاتيًا على سلوكه وتفكيره في نهاية الأمر. (فادية شربتجي، ١٤٠٧هـ: ٣٩٢).

٤- العلاج المعرفي السلوكي:

يتجه هذا العلاج إلى تعديل وتغيير التشويه المعرفي لدى الفرد، دون البحث في الصراعات النفسية والصدمات الطفلية كما هو متبع في التحليل النفسي ويتم اهتماما واضحًا بالمشاعر والتجارب الذاتية للفرد. وينظر العلاج المعرفي للأفكار الواعية على أنها الأساس الذي تدور حول أعراض القلق والاكتئاب، ومن هنا فإن هذا المنظور يرى أن الاضطراب يكمن في المحتوى وأسلوب التفكير وبالتالي فالفرد الذي يعاني من الاكتئاب يختلف عن الفرد العادي في تفسيره للحياة والعالم من حوله ويرى " بيك " أن المريض يفسر الحاضر والمستقبل بطريقة سلبية انهزامية ويدرك الأحداث كلها بالحرمان والمصاعب، والفشل والدونية. (أحمد عكاشة، ١٩٩٨: ٢٢٢ – ٢٢٣).

وبالإضافة إلى استخدام الإستراتيجيات المعرفية وتعديل التفكير اللاعقلاني بهدف تغيير الأفكار المشوهة، يستخدم المعالجون السلوكيون المعرفيون أساليب سلوكية مثل: جداول النشاط، والوجبات المنزلية، ويقحم المرضى في وضع هذه الجداول والاشتراك في الخطط العلاجية وبهذا يستطيع العلاج أن يساعد الأفراد المكتئبين أن يتعلموا كيف يتحدثون إلى أنفسهم بطريقة تغرز جهودهم للمواجهة والتقليل من تأثير خبرات الفشل

عليهم أو توقع الفشل، ويرى أليس أن الحوادث ليست هي التي تُحدث الاضطراب بالنفس ولكن تأويلات وتوقعات الفرد لهذه الحوادث هي التي تخلق الاضطراب النفسي عنده، ويتم علاج الاضطراب النفسي عن طريق إعادة تنظيم وعقلنه التفكير الخاطئ الذي أحدث الاضطراب الانفعالي. (محمد الحجار، ١٩٩٨: ٤٢ – ٤٣).

٥- العلاج بالمعنى:

أنشأ " فرانكل" العلاج بالمعنى (Logo Therapy) أو كما يسميه العلاج المعنويوكان لفرانكل مبدأ هام وأساسي في تفكيره وهو " أن من لديه سببًا للحياة يمكن أن يتحمل تقريبًا أي طريقة للحياة " ويساعد العلاج المعنوي الفرد في المشكلات ذات الطبيعة الروحية والفلسفية: المشكلات التي ترتبط بمعنى الحياة والموت والعمل والمعاناة والحب، والدافع الأساسي في نظام فرانكل لدى الإنسان هو " إدارة المعنى (The will–to–Meeting) وهو دافع أساسي أكبر من دافع اللذة أو التخفيف من التوتر أو القوة أو تحقيق الذات ويحدث الإحباط الوجودي حين تهدد هذه الحاجة ويصف" فرانكل" ما ينتج عن ذلك من إحساس باللا معنى بأنه " فراغ وجودي " وبذلك يساعد العلاج بالمعنى المرضي على إيجاد هدف وغرض لوجودهم ويهتم بقيمهم وصراعاتهم الفلسفية وذلك بقصد أن تكون لهم خبرة بمسئوليتهم عن حاجاتهم وأفعالهم، وباختصار يعالج منهج فرانكل بصورة مباشرة مشكلات المعنى والفلسفة والوجود ويقود المريض إلى الوعي والمسئولية ويشير إلى التعامل مع المشكلات الوجودية للإنسان، والعلاج الوجودي ليس نظامًا للعلاج ولكنه اتجاه نحو العلاج ليس مجموعة من أساليب جديدة ولكنه اهتمام بفهم بنية وجود الإنسان وخبرته التي يتعين أن تكون وراء كل الأساليب.(لويس كامل ملكية، ١٩٩٦: ٢٢٤ – ٢٢٧)

وتحاول نظرية العلاج بالمعنى أن تبحث في عالم المريض عن بقايا المعنى وتدعيم هذه البقايا والوصول بالذات إلى الارتقاء والاندماج في العالم بحثًا عن الوجود من خلال التواصل بين الأنا والآخر (عبد الله عسكر، ١٩٨٨: ١٧٧). وطالما أن الفرد المكتئب يعاني من فقدان المعنى وليس له

هدف محدد في حياته ويعاني من الفراغ الوجودي فإن العلاج بالمعنى يعالج سبب الاكتئاب عن طريق البحث عن معنى أو هدف للفرد المكتئب للارتقاء بالذات إلى أفضل مستوى ويستخدم المعالجون الوجوديون بعض الفنيات التي تساعدهم في تحقيق أهداف العلاج،كما أن العلاج بالمعنى علاجًا مرنًا يسمح باستخدام فنيات من مدارس علاجية أخرى بشرط أن تساعد هذه الفنيات الفرد على اكتشاف المعنى في حياته. (صلاح مكاوي، ١٩٩٧: ١١٣).

٦- العلاج الأسري:

العلاج الأسري للاكتئاب علاج يعتمد على المدخل البين شخصي بين أفراد الأسرة حيث أنه يعتبر أن الأسرة جميعها هي المريضة وأن الشخص المكتئب ما هو إلا الفرد الضحية الذي يفصح عن مرضه للأسرة لذلك فالعلاج الأسري يهتم في البحث عن أسباب الاكتئاب داخل الأسرة، ويرجع أسباب الاكتئاب إلى اضطراب العلاقات وأنماط التفاعل وسوء التواصل بين أفراد الأسرة وكذلك سوء الأداء الوظيفي في الأسرة، ولذلك قد بني العلاج على تعديل هذه العلاقات وأنماط التواصل والتفاعل ومن ثم تحسن الأسرة من أدائها لوظائفها، حيث يوجد صعوبات حقيقية لدى الكثير من الأشخاص المكتئبين في التدريب على المهارات الاجتماعية والتدريب التوكيدي حيث أنهم يشكون من الشعور بالوحدة والعزلة الاجتماعية، ومن الأمور الهامة: التدريب على كيفية إقامة صلات اجتماعية وبدء المناقشة مع الآخرين والمحافظة على استمرارها وعدم إمعان المرء التفكير في المشكلات الشخصية وأن يتدرب على أن يكون مستمعًا جيدًا. (براندن. ب. برادلي: ٢٠٠٠: ١٤٢).

وقد قامت (منال الحملاوي،٢٠٠٥) بدراسة موضوعها برنامج علاج نفسي أسري للمراهقين الذين يعانون من الاكتئاب وقد أثبتت نتائج الدراسة فاعلية البرنامج الأسري في علاج المراهقين الذين يعانون من الاكتئاب وكذلك أثبتت أن العلاج النفسي الأسري أكثر فاعلية من العلاج الطبي بالعقاقير المضادة للاكتئاب في خفض الأعراض الاكتئابية للمراهقين.

وفي دراسة (سلامة منصور، ١٩٩٧) وموضوعها العلاقة بين ممارسة العلاج الأسري والتخفيف من حدة المشكلات الأسرية لأسر الأطفال المرضى بالاكتئاب، وكانت عينة الدراسة (٢٠) طفل يتراوح أعمارهم من (٩ – ١٣) عام وتم تطبيق مقياس المشكلات الأسرية، مقياس الاكتئاب للأطفال واستمارة الحالة الاجتماعية والاقتصادية، وأظهرت النتائج أن هناك علاقة إيجابية وطردية بين زيادة حدة المشكلات الأسرية وزيادة درجة الاكتئاب النفسي وأنه حينما تنخفض المشكلات الأسرية تنخفض حدة الاكتئاب النفسي.

إن الأطفال المصابين بمرض السرطان قد تجدهم في معظم الأوقات مكتئبين وهم بحاجة دائمة إلى المساندة من المحيطين به سواء من الأسرة، الأصدقاء، الجيران، المتطوعين، وذلك لإخراجهم من الاكتئاب الذي ينتابهم ولقد استفاد الباحث مما سبق في تفسير النتائج.

***

المفهوم الثالث: قلق الموت

ويتضمن الآتي:

تمهيد

أولاً: تعريف القلق.

ثانيًا: مكونات القلق.

ثالثا: تعريف الموت.

رابعًا: تعريف قلق الموت.

خامسًا: مظاهر قلق الموت.

سادسًا: ما هي علاقة قلق الموت ببعض المتغيرات الديموجرافية، الاجتماعية، الحضارية.

سابعًا: بناء مفهوم الموت عبر مراحل الطفولة.

ثامنا: العوامل المؤثرة في قلق الموت لدى الأطفال.

تاسعًا: النظريات المفسرة لقلق الموت.

***

تمهيد:

القلق بصفة عامة يعد من أكثر الأمراض العصابية الشائعة، كما أنه يعتبر سمة رئيسية في معظم الاضطرابات النفسية والعصابية الأخرى، نجده بين الأسوياء في مواقف الأزمات، كما نجده مصاحبًا لكل الأعراض العصابية والذهانية الأخرى. (أسماء إبراهيم، ٢٠١٠: ١٤٠).

فنجد الأسوياء يعانون من القلق بشكل عام فما بالنا بالطفل المصاب بالسرطان الذي ينتظر دوره لتلقي العلاج مع صديقه المصاب بالسرطان وبعد أيام قلائل قد يجد ذلك الصديق قد توفاه الله، وبذلك ينتابه مجموعة من المشاعر والانفعالات السلبية والتي تجعل فكرة الموت تسيطر على تفكيره طوال الوقت مما يودي ذلك إلى تدهور حالته، وفي ذلك الوقت الذي تسوء فيه حالته النفسية نجد الجميع من حوله قد أهملوا ما هو فيه وعندما يسأل الطفل المريض بالسرطان عن الموت أو شئ خاص به نجد الجميع لا يجيبه

إجابة صريحة أو يراوغ في الإجابة أو يمتنع ولذلك يصاب الطفل بحالة من القلق والخوف ولذلك سوف نتناول قلق الموت في النقاط التالية:

***

أولاً: تعريف القلق:

فالقلق خبرة وجدانية غير سارة يمكن وصفها بأنها حالة من التوتر والاضطراب وعدم الاستقرار والخوف وتوقع الخطر، وينشأ شأنه شأن سائر الانفعالات عن منبه يكون بمثابة نذير بفقدان التوازن بين الفرد والبيئة.(سهير كامل، ٢٠٠٩: ٧٨)

***

ثانيًا: مكونات القلق:

١) المكون الانفعالي Emotional:

ويتمثل في مشاعر الخوف والفزع والتوجس والتوتر والهلع الذاتي والانزعاج. (سهير كامل، ٢٠٠٩: ٨٣)

٢) المكون المعرفي Cognitive:

ويتمثل في التأثيرات السلبية لهذه المشاعر على مقدرة الشخص على الإدراك السليم للموقف والتفكير الموضوعي والانتباه والتركيز والتذكر وحل المشكلة، فيستغرقه الانشغال بالذات والشك في مقدرته على الأداء الجيد، والشعور بالعجز، وعدم الكفاءة، والتفكير في عواقب الفشل، والخشية من فقدان التقدير. (أيمن عادل، ٢٠٠٨: ١٦)

٣) المكون الفسيولوجي Physiological:

ويتمثل فيما يترتب على حالة الخوف من استثارة الجهاز العصبي المستقل أو اللاإرادي مما يؤدي إلى تغيرات فسيولوجية عديدة منها ارتفاع ضغط الدم وانقباض الشرايين الدموية، وزيادة معدلات ضربات القلب، وسرعة التنفس، والعرق.(ريتشارد ستيرن، ٢٠٠٥: ١٤٧)

وهذا ما يقودنا إلى التفرقة بين نوعين من القلق، النوع الأول هو القلق كحالة، والنوع الثاني هو القلق كسمة، حيث تشير حالة القلق إلى وضع

طارئ ووقتي عند الفرد يحدث له إذا تعرض لأحد الموضوعات التي تثير القلق، وباختفاء هذه الموضوعات بالقضاء عليها أو الابتعاد عنها تنتهي حالة القلق، وتتفاوت شدة هذه الحالة حسب درجة التهديد أو الخطر التي يدركها الفرد متضمنة الموقف، وهي حالة أقرب إلى الخوف. (بطرس حافظ، ٢٠٠٧: ٤٥)

أما سمة القلق فتشير أساليب إستجابية ثابتة نسبيًا تميز شخصية الفرد، أي أن القلق المثار في هذه الحالة أقرب إلى أن يكون مرتبطًا بشخصية الفرد منه إلى مثيرات الموقف، ولذا يرتبط التفاوت في درجة هذا القلق بدرجة القلق التي يتسم بها أكثر من ارتباطها بحجم التهديد أو الخطر المتضمن في هذا الموقف. (عادل صادق، ٢٠٠٩: ٢٠٣)

ويري البعض أن الخوف عبارة عن شعور ينصب على الحاضر حيث يبدو كرد فعل لمثيرات محددة ظاهرة وواقعية، تدركها بينما ينظرون إلى القلق على أنه شعور مبهم غامض، ذو خوف مستمر من مجهول، وأن هذا الشعور ينصب على المستقبل أكثر من الحاضر.

(عادل صادق، ٢٠٠٨: ٥٢).

ومن الملاحظ أن هناك تشابهًا بين القلق والخوف في كثير من الأعراض، فكلاهما استجابتان سلبيتان ينشآن عندما يتعرض الفرد للخطر.(عادل صادق، ٢٠٠٩: ٢٧)

وتجدر الإشارة إلى أن القلق قد يكون شاملاً بحيث يتخلل جوانب عديدة من حياة الفرد، وهائمًا طليقًا غير محدد الموضوع ويسمي بالقلق العام، ولكنه من ناحية أخرى يمكن أن يكون محددًا بمجال معين أو بموضوع خاص، أو تثيره مواقف ذات قدر من التشابه كالامتحان ومواجهة الناس، والقلق من الموت. (صالح أبو جادو، ٢٠٠٨: ١١٥)

**

ثالثًا: تعريف الموت:

فالموت هو الحقيقة الناصعة التي تواجه الإنسان وينتظر حدوثها في أي مرحلة من مراحل حياته ولم يجد لها حلاً حتى الآن سوى الإيمان بها

والاستسلام الكامل لها، ولذا فإن الموت قد تم تناوله في أكثر من اتجاه وتخصص، وقد تم تلخيص بعض النتائج في مجال الموت وبخاصة قلق الموت فيما يلي:

- الموت في كل العصور لكل الأشخاص سيف مسلط على رقاب الجميع.
- القلق من الموت والاحتضار والانشغال به يمكن أن يظهر على شكل أعراض متنوعة **و**متعددة.**(**محمد غانم، **٢٠٠٤)**
- القلق من الموت يتكون من العديد من المكونات الفرعية المختلفة مثل الخوف من الذهاب إلى الجحيم وفقدان الذاتية والوحدة والذهاب إلى دار لم تعُمر.
- تختلف مواجهة المرض المهدد للحياة أو التهديد بالموت بطريقة واضحة بين المجموعات المتعددة. **(**محمد غانم، **٢٠٠٧: ١٣٤)**
- ينشغل المرضى بالموت بصورة أكبر من نظرائهم الأصحاء.
- مرضى الجراحة أكثر قلقًا من الموت مقارنة إلى غيرهم من المرض.
- الأشخاص الذين يتلقون العلاج في منازلهم أقل قلقًا من الموت ممن يعالجون في المستشفى.**(**أحمد عبد الخالق **و**آخرون، **٢٠٠٦)**

***

رابعًا: تعريف قلق الموت:

من أبرز التعريفات القاموسية نجد التعريف المقدم في معجم مصطلحات علم النفس (٢٠٠٨)حيث يتم الإشارة إلى قلق الموت على أنه "نوع من القلق المترتب على القلق العضوي، والمتسبب في ألم أو إصابة، ويستمر مع الشخص لمدة طويلة، كما أنه نوع من الاكتئاب يختلط فيه القلق من الموت بترقبه".(عبد المجيد سالمي وآخرون، ٢٠٠٨: ١٩٨).

ويعرف قلق الموت على أنه هو "شعور الفرد الدائم بأن الموت يتربص به حيثما كان وأينما اتجه في يقظته ومنامه، في حركته وسلوكه وتفكيره، الأمر الذي يجعله حزينًا محسورًا ومتوجسًا على مجرد العيش على نحو طبيعي ". (سلطان العويضة، ٢٠٠١)

كما تم الإشارة إليه على أنه "نوع خاص من القلق العام يشير إلى حالة انفعالية مكدرة ومشاعر شك وعجز وخوف تتركز حول كل ما يتصل بالموت والاحتضار لدى الشخص نفسه أو ذويه ".(أحمد عبد الخالق وآخرون، ٢٠٠٢: ٣٨٣ -٣٩٥)

ويري البعض أنه "استجابة انفعالية، مكدرة، ومشاعر شك وعجز وخوف تتركز حول ما يتصل بالموت والاحتضار لدى الشخص نفسه أو ذويه".(محمد غانم، ٢٠٠٦: ٤٤).

كما تم تعريفه على أنه "حالة انفعالية غير سارة يعجل بها تأمل الفرد في وفاته". (رمضان زعطوط وآخرون، ٢٠٠٦).

في حين ذهب البعض بأنه "خبرة انفعالية غير سارة تدور حول الموت والموضوعات المتصلة به، وقد تؤدي هذه الخبرة إلى التعجيل بموت الفرد نفسه "(بشير معُمرية، ٢٠٠٩: ٦٨).

وهنا يعلق الباحث على هذا التعريف السابق في جزء الخاص (التعجيل بالموت) فيرى الباحث مادام هناك افتراض بأن هناك أشياء تعجل بالموت فيكون بذلك الأمر أن هناك أشياء تؤخر الموت وذلك الأمر يخالف قول الله تعالى (**و لِكُلِّ أُمَّةٍ أَجَلٌ فَإِذَا جَاءَ أَجَلُهُمْ لا يَسْتَأْخِرُونَ سَاعَةً ولا يَسْتَقْدِمُونَ**) (سورة الأعراف: ٣٤). ويتضح من تلك التعريفات العديدة التي تناولت مفهوم قلق الموت أن الخصائص المختلفة لقلق الموت تتمثل في:

١- أنه نوع من القلق المترتب على القلق العضوي.
٢- هو شعور ينتاب الفرد بأن الموت يتربص به مما يجعله حزينًا محسورًا ومتوجسًا على مجرد العيش بنحو طبيعي.
٣- أنه نوع خاص من القلق العام.
٤- كما أنه استجابة انفعالية مكدرة.
٥- ينظر إليه أنه خبرة انفعالية غير سارة.
٦- قلق الموت هو نوع خاص من قلق المستقبل.

***

خامسًا: مظاهر قلق الموت:

توصف بعض العمليات إلى أن مظاهر قلق الموت لدى الفرد تتمثل في:

١- الخوف من المجهول.
٢- الخوف من الوحدة.
٣- الخوف من الضعف.
٤- الخوف من فقدان الأسرة.
٥- الخوف من فقدان الأصدقاء.
٦- الخوف من فقدان الجسم.
٧- الخوف من السيطرة على النفس.
٨- الخوف من فقدان الذات. (زينب شقير، ٢٠٠٢: ٤-٥)

***

سادسًا: علاقة قلق الموت ببعض المتغيرات الديموجرافية والاجتماعية والحضارية:

١- العُمر:

فالقلق من الموت يرتبط بصورة طردية نحو العُمر، إذ أنه كلما زاد عُمر الإنسان كلما ارتفعت درجة القلق من الموت لديه. (يحيي بدر، ٢٠٠١: ٨)

وهو ما أكدته دراسة كل من(Andrew,Mark,2007) (Kachhawa& Madnawat, 2008) حيث تشير هذه الدراسات إلى ارتفاع درجة قلق الموت لدى المسنين، وكلما اقترب الإنسان من مرحلة الشيخوخة، وهو ما يشير إلى أنه من الطبيعي أن يرتبط قلق الموت بالعُمر المتقدم، ولكن أن يكون قلق الموت في مرحلة الطفولة في عُمر(١٢-١٥) عام فهو أمر غير شائع، وهو ما تتناوله الدراسة الحالية.

٢- الجنس:

تُعد الفروق الجنسية من أهم العوامل الديموجرافية التي تؤثر في مستوى القلق من الموت لدى الأفراد. (Diahann, Mimi,Catliff,2007: 549-561) وعلى الرغم من أنه لا توجد دراسات توضح أثر تلك الفروق

الجنسية على درجة القلق من الموت لدى الأطفال في مرحلة العُمرية من(١٢-١٥) عام وذلك في حدود علم الباحث.

٣- التدين:

مما لا شك فيه أن المعتقدات الروحانية ولاسيما عند المرضي الذين تم تشخيصهم بأمراض قد تؤدي للوفاة تخفف كثيرًا من حدة قلق الموت لديهم، بحيث يشعر الفرد بالسلام والسكينة، مما يُسهم في إقباله على نهاية الحياة بصورة هادئة وآمنه. (Fereshte, 2007)

وهو ما أشارت إليه العديد من الدراسات التي أكدت على أن تدين الإنسان يؤدي إلى حصوله على مستويات منخفضة من قلق الموت. (Donovan, 2002:17-28)

٤- المهنة:

للمهنة تأثيرًا واضحًا لشعور الإنسان بالقلق نحو الموت، وهو ما يدعونا إلى ضرورة فهم ومعرفة اتجاهات مقدمي الرعاية نحو الموت والقلق منه، إذا أن الكثير منهم غالبًا ما تتأثر مشاعرهم العاطفية بهؤلاء المرضي المعرضين للموت، ولاسيما إذا كانوا من الأطفال مرضي السرطان. (Kaplan & LisaJill,2010)

ولقدقام الباحث بسؤال بعض الممرضين الذين يقدمون الرعاية الصحية للأطفال مرضى السرطان وكان السؤال "كيف كانت حالتك النفسية في أول شهر عمل مع هؤلاء الأطفال؟" فكانت إجابة أحد الممرضين أنا كنت بأحلم يوميا أنى أُصبت بذلك المرض، وكنت بشعر بحالة من الخوف الشديد أن أصاب بذلك المرض.

***

سابعًا: بناء مفهوم الموت عبر مرحلة الطفولة:

رهبة الموت رهبة لا تعادلها رهبة، وكثير من الأطفال قد يدرك معنى الموت حتى وإن أختلف درجته بين طفل وآخر، وذلك حسب مستوى عُمره ودرجة إدراكه وفهمه وخبراته المرتبطة بالموت، فمفهوم الموت يتطور مع

الإنسان منذ مرحلة الطفولة مثل التطور البيولوجي أو الحيوي. (Berliner & Patricia, 2007)

ويخطئ من يظن أن مفهوم الموت لا يدركه إلا الراشدون فقط، لأنه من الجائز جدًا إدراكه لدى الأطفال، مع الاختلاف في التصور وعمق المفهوم وأبعاده، ولكن مع الاتفاق في كونه موت.(مدحت أبو زيد، ٢٠٠٣: ٥٥)

حتى أن الطفل في عُمر عامين يكون لديه القدرة على الإحساس بفقدان أحد الوالدين نتيجة الموت، بل ويشعر بالحزن لفقد أحد الوالدين، وربما يغير الطفل من عادات الطعام والنوم والإخراج نتيجة شعوره بهذا الفقد. (Mcdowell, Student, Futris, 2001: 1-2)

وفي سن الثالثة من عُمر الطفل فإن فهمه لفكرة الموت يكون ضئيلاً إلى حد ما، وفيما بين السنة الرابعة والخامسة يبدأ الطفل في استخدام الكلمات الدالة على الموت على الرغم من أن فكرته عنه تكون غامضة، وإن كانت فكرته الابتدائية عن الموت أنه يتصل بالأسى والحزن. (حسن عبد المعطي، ٢٠٠٣: ٣١٤)

وابتداء من عُمر الخامسة يأخذ تصوره للموت وإدراكه له زيادة في التفصيل والدقة والواقعية، أي أنه يوجد لديه بعض الإدراك لكون الموت خاتمة، وإن ظن أنه يوجد قابلية للميت في الحركة، ويتجنب الأشياء الميتة، وإن كان يعتقد أن الموت مرتبط بالسن حيث يموت الكبار أولاً. (سناء حجازي، ٢٠٠: ١٧٤)

ففي الشرق الأقصى وتحديدًا في الصين كانت دراسة هامة بعنوان "Preliminary study on death anxiety in children" " دراسة تمهيدية حول قلق الموت لدى الأطفال" والتي أجريت على عينة من الأطفال تتكون من (٤٩) طفلاً طبيعيًا من الذكور والإناث الصينيين في مرحلة ما قبل المدرسة والمرحلة الابتدائية، حيث تراوحت أعمارهم من (٤-٥) أعوام، (١٠-١١) عام، وقد تم التجانس بين أفراد العينة من حيث المستوي الاقتصادي والاجتماعي والثقافي، كما أن جميع الأطفال من أفراد العينة لم

يتعرض أحد من أسرهم لجروح شديدة أو الدخول في المستشفى أو للموت، وقد تم عرض ثلاث صور ملونة للأطفال تصف طفلاً أو طفلة تشاهد موت طائر، وصورة لرجل كبير السن وهو يموت على فراشه، وصورة لطفل يموت في حادث سيارة، وتم تقييم اتجاهات هؤلاء الأطفال نحو القلق من الموت من خلال إجابتهم بنعم أم لا حول (٦) صفات عاطفية وهي (السرور، خائف جدا، جيد، قلق، سعيد، متوتر) و(٧) نماذج عاطفية لتعبيرات الوجه من الابتسامة وحتى الشعور بالألم والحزن الشديد، وتم مقارنة قوة القلق من الموت عند مشاهدة الطائر الذي يموت، والرجل العجوز، والطفل في حادث سيارة، وذلك مع مجموعة من الأطفال في نفس المراحل العُمرية من الذين لم يشاهدوا مثل هذه الصور، وقد توصلت نتائج الدراسة إلى عدم وجود استجابات تشير إلى قلق الموت لدى أطفال ما قبل المدرسة عند عرض الصور الملونة عليهم، بينما كانت هناك درجات مرتفعة نسبيًا لقلق الموت لدى أطفال المرحلة الابتدائية. (Zengrang,2010)

فمن خلال استخدام اختبار قلق الموت المصور لدى طفل ما قبل المدرسة كانت دراسة بعنوان " Thematic Instument for Measuring death anxiety in children" أي "استخدام أداة موضوعية لقياس قلق الموت لدى الأطفال"، حيث أجريت الدراسة على عينة قوامها (٣٥ طفلاً) طفلاً معافى البدن ويخلون من أي أمراض مزمنة، (٣٥) طفلاً من المصابين بمرض السرطان، مرض فقدان المناعة المكتسبة، ممن تتراوح أعمارهم (٤-٦) سنوات، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى حدوث استجابات من جميع أفراد العينة (معافون ومرضي) عند عرض صور المقياس عليهم، وقد أكدت الدراسة على أن الأطفال الأصحاء لديهم إدراك لمعني الموت، كما أشارت الدراسة إلى أن الأطفال المصابين بمرض السرطان هم الذين لديهم درجات مرتفعة من قلق الموت، وذلك مقارنة بالأطفال العاديين فمن المؤكد أن الأطفال في عُمر السادسة قد لا يشعرون بالقلق من الموت إلا إذا تعرضوا للإصابة بمرض مميت قد يؤدي للوفاة.(Mary Ireland&Malgady,201)

وفي عُمر السابعة، نجد أن فكرة الطفل عن الموت تكون أكثر واقعية وتكون أكثر تفصيلاً وأشد فهمًا. (محمد جاسم، ٢٠٠٤: ٢٤٨)

أما في عُمر الثامنة فإن الطفل يخطو قدمًا إلى الاهتمام بما يحدث بعد الموت، ويسلم بأن جميع الناس سيموتون بما فيهم شخصه. (Collins,2010)

فمن خلال المقابلة الإكلينيكية الطليقة أجريت دراسة هامة على عينة من الأطفال قوامها (٩٠) طفلاً في عُمر (٤–٨) سنوات بعنوان " Death Understanding and fear of death in young children" أي "فهم الموت والخوف من الموت لدى الأطفال صغر السن"و ذلك بهدف تقييم فهم الأطفال للموت ومدى الخوف منه، أشارت النتائج إلى استيعاب الأطفال لمفهوم الموت، وإدراكهم لكثير من مفرداته.(Maya Griffiths,2007)

وفي عُمر التاسعة يتقبل الحقائق المتعلقة بالأشياء غير الحية ويفهم معاني النعوش والمقابر، شعائر الدفن، وغيرها، وتتضح فكرة الموت عند الأطفال جيدًا بعد هذا السن. (جمال عبد الغني، ٢٠٠٦: ١١٢).

وهو ما أكدته نتائج إحدى الدراسات الهامة التي أجريت على عينة قوامها (٦٨) طفلاً في عُمر من (٦–٩) سنوات والتي استخدمت استبيان تطور مفهوم الموت، وذلك من أجل قياس مفهوم الأطفال نحو الموت، والتي كانت بعنوان " The relationship among children's conceptualization of death, parental communication about death and parental death anxiety" أي "العلاقة بين مفهوم الأطفال عن الموت ومفهوم الآباء عن الموت والقلق من الموت لدى الآباء" حيث أشارت نتائج الدراسة إلى أن خبرات الأطفال المتعلقة بالموت لها بالغ الأثر في تطور مفهوم الموت لديهم، ولاسيما تلك الخبرات المستمدة من الآباء، كما أنه يوجد علاقة إيجابية بين مفهوم الآباء عن الموت ومفهوم الأطفال عن الموت. (Matalon & Talia-Hatzor,2005)

وفي دراسة أخرى أجريت حول نمو الطفل ومفهوم الموت، وذلك من خلال استبيان مفهوم الموت، على عينة قوامها (١٠٧) أطفال تتراوح أعمارهم من (٥–١٢) عام، والتي كانت بعنوان " Child development

and concept of death" أي "نمو الطفل ومفهوم الموت" حيث أكدت نتائج تلك الدراسة أن (٤٥,٧%) من الأطفال في عُمر الخامسة من عينة الدراسة لديهم تعريف دقيق للموت، مثلهم في ذلك مثل (٦٠%) من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من (٦-٨) سنوات، وكذلك مثل (٩٠-١٠٠%) من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من (٩-١٢) عامًا. (Cain & Lohnes, 2010)

وبصفة عامة فإن مفردات مفهوم الموت لدى الأطفال تتكون من خلال الإصابة بمرض مميت، وفاة عزيز، التعرض لحادث ينجم عن وفاة، والأفلام التي يشيع فيها مناظر الموت، التعرض لحادث قتل من لص مثلاً، التفكير في إمكان الموت أثناء النوم، فكرة أن الموت لا يتقيد بسن أو تقييد، مراودة فكرة الموت في حلم، الموت الناتج عن استخدام الآلات الحادة والعبث بها، الانزعاج الشديد من سماع نحيب النساء عند الوفاة، الانزعاج الشديد من توقع الموت غرقًا، الانزعاج الشديد من الحروق التي تتسبب في وفاة أطفال أبرياء، القصص التي تروي حول الموت عن طريق الخطأ، سماع أحاديث عن الموت أو عن وفاة الأقارب، التفكير في إمكان الموت داخل المستشفى. (مدحت أبو زيد، ٢٠٠٣: ٥٥-٥٦)

***

ثامنًا: العوامل المؤثرة في قلق الموت لدى الأطفال:

١ - الأسرة:

لقد محت العديد من الدراسات ظلال الشك التي قد تنتابنا حول أهمية الأسرة في تشكيل وتطوير السلوك عند أبنائها، فهي البيئة الأولى للإنسان، وقد أكد العلماء على أن سلوك الطفل مكتسب في المقام الأول من تفاعلاته داخل الأسرة. (وفيق مختار، ٢٠١٠: ٨١).

فالأسرة لها بالغ الأثر في ظهور الاضطرابات النفسية والسلوكية مثل القلق والانطواء والعزلة والاكتئاب والبكاء الدائم والمستمر. (أحمد راجح، ٢٠٠٨: ٥١٦) (أنسي قاسم، ٢٠٠٩)

فقد تبين أن أثر الأسرة على تعميق الموت لدى الطفل يتمثل في محورين هامين أولهما وفاة أحد الوالدين، وهو ما أكدته دراسة بعنوان

Adjustment of children facing the death of a parent due "cancer" أي "تكيف الأطفال الذين يواجهون موت أحد الوالدين نتيجة للإصابة بالسرطان" والتي أجريت على (٩٧) طفلاً الذين يواجهون موت أحد الوالدين نتيجة للإصابة بالسرطان، وذلك بهدف التعرف على مستويات القلق والاكتئاب لدى الأطفال قبل وبعد موت أحد الوالدين نتيجة الإصابة بالسرطان، تم تسجيل مستويات القلق والاكتئاب قبل وبعد موت أحد الوالدين، وذلك من خلال اختبار أعراض الاكتئاب ومعيار سمات وخصائص القلق، وقد توصلت الدراسة إلى أن هؤلاء الأطفال قد سجلوا مستويات عالية من القلق- ولاسيما قلق الموت - وأيضا الاكتئاب وذلك أثناء إصابة أحد والديهم بالسرطان وقبل حدوث حالة وفاة.(Siegel, Karus, Daniel, 2010)

والمحور الآخر الهام والذي له بالغ الأثر في ارتفاع القلق من الموت لدى الطفل يتمثل في قلق الآباء والأمهات المبالغ فيه على الصحة وتهديدهم للطفل إذا لم تأكل ستموت، وهو ما يؤدي بدوره إلى أحلام مزعجة وقلق من الموت. (أشرف نخلة، ٢٠٠٩: ١٥٦)

كما أن القصص المخيفة التي يسردها الوالدان لأبنائهم عن الوحوش والحيوانات المفترسة التي تأكل الإنسان، أو بعض الكائنات الوهمية ذات الأشكال المرعبة التي تقوم بقتل الطفل الذي لا يسمع كلام والديه، فإنها تؤدي إلى غرس مفهوم الموت وبالتالي القلق منه لدى الأطفال في مراحل النمو المبكرة. (حكمت الحلو، ٢٠٠٩: ١٤٣)

أما في حالة إصابة الطفل بمرض مميت مثل السرطان (و هو موضوع الدراسة الحالية) فإن إحساس أسرة الطفل بمرض طفلها قد يلعب دورًا هامًا وكبيرًا في تشكيل حالة القلق والتوتر والاكتئاب الذي أصاب الأسرة بأكملها، حيث جاء إحساس أسر الأطفال مرضى السرطان على نحو أكثر حدة وكأن مرض السرطان هو معادل ومكافئ تماما للموت. (خالد عبد الرازق، ٢٠٠٥)

وهو ما تؤكده نتائج العديد من الدراسات الدالة على أن أمهات الأطفال المصابين بالسرطان تحديدًا هم الأكثر إظهار لمشاعر الحزن والاكتئاب والقلق من الموت. (Bout & Heijden, 2007)

وقد أكدت ذلك دراسة بعنوان " Helping mothers cope with stress during the maintenance phase of treatment for their child's leukemia: Three pragmatic case studies" بمعنى "مساعدة الأمهات في التوافق مع ضغوط الاكتئاب الناتجة عن العلاج المستمر لأطفالهن المصابين بمرض سرطان الدم الحاد (اللوكيميا)، وذلك بهدف مساعدتهم في التكيف مع الاكتئاب الناتج عن العلاج المستمر لأبنائهن المصابين بسرطان الدم الحاد (اللوكيميا)، وقد أشارت النتائج إلى أن الأمهات قد أصبن بالاكتئاب والقلق نتيجة مرض أبنائهن بمرض سرطان الدم الحاد (اللوكيميا). (Naomi,2004)

وبصفة عامة فإن محاولة إخفاء الحزن، ووضوح مشاعر الذنب على وجوه الوالدين، والإجهاش في البكاء فور علمهم بالمرض، كل هذه العوامل تؤدي إلى تصدير مشاعر القلق للطفل المصاب بالسرطان. (الفرحاتي محمود، ٢٠٠٩: ١٤٣-١٤٤)

مما لا شك فيه إن قلق الوالدين المفرط والملحوظ تجاه غبنهم المصاب بالسرطان يؤدي بدوره إلى نقل مشاعر القلق من الموت لديه. (Lk, et (al,2006

وفي دراسة أخرى مقارنة بعنوان " Comparing stress levels of parents of children with cancer and parents of children with physical disabilities" "دراسة مقارنة بين مستويات الضغط عند الآباء الذين يعاني أطفالهم من مرض السرطان والآباء الذين يعاني أبنائهم من إعاقة بدنية" أجريت على (٨٩) من الآباء الذين يعاني أبنائهم من السرطان، (٩٢) من الآباء الذين يعاني أبنائهم من إعاقات بدنية، ومن خلال خضوعهم لمعيار الضغوط الوالدية، وذلك بهدف المقارنة بين مستويات الضغط عند الآباء الذين يعانون أطفالهم من مرض السرطان والآباء الذين يعانون أبنائهم من إعاقة بدنية، فقد توصلت الدراسة إلى أن الآباء الذين يعاني أبنائهم من مرض السرطان هم الأكثر تعرضًا لمستويات الضغوط بصورة أعلى من هؤلاء الآباء الذين يعاني أبنائهم من إعاقات بدنية. (-Jen& Yee,2004:898

903).و مما سبق يتضح أهمية الدور الذي تلعبه الأسرة بصفة عامة، وأسرة الطفل مريض السرطان بصفة خاصة في ارتفاع قلق الموت لديه نتيجة لنقل "العدوى السيكولوجية" من الأبوين.فقد لاحظ الباحث -بدوره كمتطوع في مستشفى٥٧٣٥٧- أن بعض أولياء الأمور يجهشان في البكاء وتنتابهما مشاعر الحزن والأسى وقد سمع الباحث بعض أولياء الأمور يسالون الطبيب(هو ابني هيموت إمتى) أو(هو في احتمال إني ابني يعيش) أو (هو هيعيش قد إيه) ونجد في الجانب الآخر الطفل عندما يجد والديه بذلك الشكل يبدأ في البكاء والخوف والعصبية والتوتر وهذا يؤكد تسرى عدوى المشاعر من أولياء الأمور لطفلهم المصاب بالسرطان.

٣- موت أطفال آخرين:

أ- موت أحد الأشقاء:

تعد فاجعة موت أحد الأشقاء من أكبر الأزمات التي تواجه الأطفال في مرحلة مبكرة من العُمر، لما تصدره من مشاعر حزن عميق في نفس الطفل، هذه المشاعر التي تؤثر في إدراكه لمفهوم الموت والقلق منه. (Sood, et al, 2006)

فقد أكدت إحدى الدراسات التي استخدمت معيار قلق الموت بهدف التعرف على أثر موت الشقيق على قلق الموت لدى الطفل الذي ما زال على قيد الحياة، والتي كانت بعنوان " Death Anxiety in children: Differences between support group bereaved and contrast group youth" أي "القلق من الموت عند الأطفال: الاختلافات بين الجماعة المدعومة والتي تعاني من مأساة والجماعة المناقصة لها"، حيث طبقت هذه الدراسة على عينة قوامها (٣٠١) طفلاً في عُمر المرحلة الابتدائية ممن لم يفقدوا أحد الأشقاء(٢١) طفلاً في نفس المرحلة العُمرية ممن يعانون من فقدان أحد الأشقاء نتيجة الموت، وقد أظهرت الدراسة فروقًا واضحة في قلق الموت وذلك لصالح الأطفال الذين فقدوا أحد أشقائهم عن طريق الموت. (Robinson, et al, 2001)

ب – موت أحد الأقران:

إن لجماعة الأقران تأثيرًا ليس بالقليل على سيكولوجية الطفل المصاب بالسرطان وانفعالاته المختلفة نظرًا لما تغرسه في نفوس الأطفال من مشاركة وجدانية وعاطفية. (سيد الطواب، ٢٠٠٨: ٣٩٩).

إذ أنه من أهم خصائص جماعة الرفاق تقارب الأدوار الاجتماعية، ووضوح المعايير السلوكية، ووجود اتجاهات مشتركة، ووجود قيم عامة. (سهير كامل، ٢٠٠٩: ٢٥٣)

كما أن تأثير الصديق على الطفل من القوة والمتانة بحيث يمكننا القول بأنه لا مزاحم له ولا مثيل، فنفوس الأصدقاء وميولهم وعواطفهم تكون متشابكة ومتقاربة إلى حد بعيد. (عبد الباري داود، ٢٠٠٦: ٢٦٧)

ولذلك فإننا نجد عند موت أحد الأقران فإن الطفل قد يشعر بالذنب ليس فقط لأنه ما زال على قيد الحياة وصديقة قد مات، ولكن أيضًا لشعوره بالخوف من تكرار المأساة، والقلق من الموت الذي سوف يأتيه لا محالة. (Geraldine, 2004)

وقد أشارت العديد من الدراسات التي أجريت على خبرة الموت عند الأطفال أن موت شخص عزيز لديه– كالصديق مثلاً– تؤدي إلى إصابته بالحزن والقلق، ولاسيما إذا كانت هذه الواقعة هي خبرة الموت الأولى في حياته. (سامي ملحم، ٢٠٠٨: ٣٥١).

و مما سبق يتضح أن وفاة طفل آخر سواء كان شقيقًا أو رفيقًا يلعب دورًا هامًا في ارتفاع درجة قلق الموت لدى الأطفال.و لقد لاحظ الباحث عند موت أحد الأقران المصابين بالسرطان للطفل فيصبح الطفل شديد الحزن على فراق قرينه، وتنتابه مشاعر القلق الشديدة على فقدان أحد أصدقائه وذلك نظرا لارتباطه الشديد بهم لأنهم يتعايشون معا لفترة طويلة، لأنهم يجتمعون على المعاناة من إجراءات علاجية موحدة، تجمعهم أفكار موحدة، لغة خطاب موحدة، وبذلك يكون تأثير الأصدقاء قوي جدا على الأطفال وخصوصا في المرحلة العُمرية(١٢–١٥)عاما والتي تمتاز بطبيعتها برفض سلطة الأسرة والاندماج مع الأصدقاء بشكل أقوى من الأسرة.

٣- الطقوس المرتبطة بالموت:

تلعب العادات والتقاليد المجتمعية دورًا هامًا في عمليات التعلم لدى الطفل، فهي تقوم على التفاعل الاجتماعي الذي يؤدي إلى اكتساب الطفل سلوكًا ومعاييرًا واتجاهات مناسبة تجاه المواقف المختلفة. (محمد المهدي، ٢٠١٠: ٦٥-٦٨)

والعادات والتقاليد المتعارف عليها في بعض المجتمعات وما يصاحبها من طقوس ومظاهر مختلفة عند حدوث حالة وفاة تُعد من أهم العوامل المسببة لقلق الموت لدى الأطفال، ومن أبرز هذه المظاهر الصراخ والعويل، وإظهار الحزن لفترة طويلة من خلال إقامة سرادق ومآتم، وارتداء ملابس الحداد، وغير ذلك من مظاهر الحزن الشديدة والتي قد تستمر وتتواصل أيامًا وأيامًا وليالي كثيرة قد تكون قادرة على حفر أخاديد من القلق والخوف والكآبة في جدار وجدان الطفل، كما أنها تُرهق أحاسيسه المرهفة. (موزه المالكي، ٢٠٠٨: ١٦٦-١٧٦)

٤- الانفصال عن الوالدين:

يزداد القلق من الموت كلما إزداد شعور الطفل بالانفصال عن والديه، فالطفل الذي يعيش في إحدى المؤسسات العلاجية يستشعر الانعزال البدني والنفسي عن حياته الاجتماعية الذي كان يعيشها داخل أروقة المنزل وبين أحضان الوالدين.(Ann Smith,2000: 321-331)

وقد أشارت العديد من الدراسات إلى أن مجرد تردد الأطفال المصابين بمرض السرطان على المستشفيات يزيد لديهم الشعور بقلق الموت، وذلك نظرًا لانفصالهم عن الوالدين نتيجة الإجراءات العلاجية طويلة المدة. (Spinetta & Maloney, 2002)

وذلك للدرجة التي قد تصل إلى اعتقاد الطفل المصاب بالسرطان بأن المستشفى المتردد عليها هي بالفعل مكان موته. (Costantini & Higgison, 2008)

٥- وسائل الأعلام

تعتبر وسائل الإعلام من أخطر المؤسسات الاجتماعية في التنشئة الاجتماعية للطفل بما تتضمنه من معلومات مسموعة أو مقروءة أو مرئية.(صالح الداهرى، ٢٠٠٨: ٣٧٨).

فهي تستخدم العديد من الأساليب النفسية التي تعمل على غرس السلوك في نفوس الأطفال مثل التكرار والجاذبية وعرض الأدوار المختلفة.(سهير كامل، ٢٠٠٩: ٢٥٩).

فيعد التليفزيون وسيلة هامه لنقل الخبرة والمعرفة والثقافة للطفل، إذ يرى الطفل على شاشة التليفزيون معلومات وثقافات مختلفة تفتح له نافذة كبيرة لمعرفة العالم المحيط به حتى أن البعض أطلق عليه"مدرسة الحياة".(ابتسام الجندى، ٢٠١٠: ٦٩١-٦٩٢).

و تشير العديد من الدراسات إلى نسب مشاهدة الأطفال للإعلانات تصل إلى ٩٠ %. (وفيق مختار، ٢٠٠٥: ١٦٦).

وأوضح (Wolfe,2005: 1-6) من خلال مناقشة مفتوحة مع عدة أطفال من مرضى السرطان، أقر الكثير منهم بأن معرفتهم بأن مرض السرطان هو مرض قاتل ويؤدى إلى وفاة الأطفال كان من خلال التليفزيون والإنترنت.

ومما سبق يتضح مدى تأثير وسائل الأعلام، وبصفة خاصة التليفزيون والإنترنت، على غرس المفاهيم المختلفة في نفوس الأطفال، وهو ما يشير إلى الدور الخطير الذي تلعبه وسائل الإعلام في التركيز على الآثار السلبية لمرض السرطان بهدف استدرار عطف الآخرين في جمع التبرعات ونجد الإعلانات كانت على النحو الأتي(أتبرع ولو بجنية.....كل ساعة بتمر واحد زى ده بيموت.....نفسي أعيش) كل هذه الإعلانات تؤثر بالسلب على الطفل وقد تؤدى إلى ارتفاع قلق الموت عند أطفال مرضى السرطان.وقد أجرى الباحث حوار مع بعض العاملين في مستشفى ٥٧٣٥٧ حول طبيعة الإعلانات وكيفية عرض الإعلان ومدى تأثيره على الطفل؟ فكانت الإجابة أن المستشفى تقوم على التبرعات والعلاج في المستشفى يتم بالمجان فتعد الإعلانات أحد مصادردخل المستشفى.

٦-الإجراءات العلاجية:

إن مرض السرطان يمثل في حد ذاته تجربة نفسية صعبة وشاقة للأطفال بشكل عام تبعد الطفل عن جو أسرته الطبيعي وتترك آثارًا حادة تغير وتشكل سلوك الطفل وأسرته معًا، وتزداد الأمور صعوبة وتعقيدًا إذا استلزم العلاج في كثير من الأحيان الإقامة في المستشفى ولفترات طويلة. (خالد عبد الرازق، ٢٠٠٥)

فقد أوضحت العديد من الدراسات أن الإجراءات الطبية – بصفة عامة– المتعلقة بالأطفال مرضى السرطان تؤدي إلى معاناة نفسية شديده لدى هؤلاء الأطفال، وتصل هذه المعاناة إلى ذروتها في شعور الأطفال بالقلق من الموت نتيجة تلك الإجراءات الصعبة التي يقوم بها. (Joseph, 2010)

وهو ما أكدته دراسة تم تطبيقها على عينة قوامها طفل واحد فقط في عُمر (٨) سنوات، بعنوان " Psychotherapy for some anxiety sequelae of Leukemia" بمعني "العلاج النفسي لبعض أنواع القلق الناتج عن الإصابة بمرض سرطان الدم الحاد (الليوكيميا) وذلك بهدف علاج بعض أنواع القلق الناتج عن التردد الدائم على المستشفى للعلاج من سرطان الدم (الليوكيميا)، حيث تم تطبيق برنامج للعلاج النفسي، وقد أشارت النتائج إلى نجاح البرنامج المستخدم في تلك الدراسة في علاج العديد من أنواع القلق" (Trevor, 2010)

واستبيان أثر الإجراءات العلاجية في ارتفاع درجة قلق الموت لدى الأطفال المقبلين على عمليات جراحية كانت تلك الدراسة بعنوان "أثر برنامج إرشادي للتخفيف من حدة القلق وقلق الموت لدى الأطفال المقبلين على عمليات جراحة الصدر" والتي استهدفت قياس حالات قلق الموت لدى الأطفال المقبلين على عمليات جراحية وذلك من أجل تصميم برنامج يخفف من حدة قلق الموت لديهم، حيث تكونت عينة الدراسة من مجموعتين (تجريبية وضابطة) بإجمالي (٥٥) طفلاً في عُمر(٩سنوات-١٢سنة)وقد اشتملت أدوات الدراسة على مقياس القلق للأطفال ومقياس قلق الموت ومقياس الرسم والبرنامج الإرشادي والملاحظة والمقابلة، وتوصلت إلى ارتفاع قلق الموت

لدى الأطفال المقبلين على إجراء العمليات الجراحية للصدر، وأيضًا وجود فروق في درجات قلق الموت بين الأطفال الذين تعرضوا للبرنامج الإرشادي والمقبلين على جراحة الصدر وأقرانهم الذين لم يتعرضوا للبرنامج الإرشادي لصالح الأطفال الذين تعرضوا للبرنامج الإرشادي. (سلوي اسماعيل، ٢٠٠٠).

وقد لاحظ الباحث في المستشفى أن الأطفال الذين يتلقون علاج فيها من محافظات مختلفة بعيدة مثل محافظة (أسوان، مرسى مطروح، بورسعيد) ولاحظ الباحث مدى المعاناه الجسدية التي يتحملها الطفل المصاب بالسرطان والمرافق له في الترحال والتنقل من بلدته إلى المستشفى لتلقى العلاج، ومدى المعاناة الجسدية له بعد تلقى جرعة العلاج من قيء، دوار، الصداع، الألم الجسدي، وبعد ذلك يسافر مرة أخرى معاودا لبلدته وهكذا في كل مرة يتلقى فيها الجرعة مما يصيبه الضيق والضجر والخوف والقلق وقد يرتفع لديه قلق الموت، وهذا يؤكد أن الإجراءات العلاجية تعد من العوامل المؤثرة على ارتفاع حدة قلق الموت.

***

تاسعًا: النظريات المفسرة لقلق الموت:

لقد تعددت المداخل والنظريات النفسية التي تفسر قلق الموت وأعراضه وأسبابه وكيفية علاجه.

١- قلق الموت من وجهة نظر مدرسة التحليل النفسي:

لقد رأى فرويد أن النشاط الإنساني كله يتحدد بالغرائز، وقد يكون تأثيرها على السلوك ملتويًا مقنعًا، وقد يكون مباشرًا وسافرًا فالناس يتصرفون لأن التوتر الغريزي يدفعهم إلى ذلك وسلوكهم وتصرفاتهم تنتقص التوتر.

إفترض فرويد أنه من الممكن إدراج الغرائز تحت فئتين عامتين:

- غرائز الحياة.
- غرائز الموت

تخدم غرائز الحياة غرض الحفاظ على حياة الفرد وتكاثر الجنس، ويندرج تحت هذه الفئة الجوع والعطش والجنس، ويطلق على صورة الطاقة التي تستخدمها غرائز الحياة في أداء عملها الليبيدو غرائز الحياة التي أعطاها فرويد أكثر اهتماما هي الجنس والحقيقة أن الغريزة الجنسية ليست غريزة واحدة بل غرائز متعددة، أي أن هناك عدد من الحاجات البدنية المنفصلة تؤدي إلى القيام برغبات شبقية، ولكل من هذه الرغبات مصدره في مناطق مختلفة من الجسم ويشار إليها بإسم (المناطق الشبقية). (سهير كامل، ٢٠٠٩: ٣٤-٣٦)

أما غرائز الموت أو كما يسميها فرويد أحيانًا غرائز التدمير فتقوم بعملها، فكل شخص يموت في النهاية، وهذه الحقيقة دفعت فرويد إلى صياغة قوله الشهير "أن هدف الحياة هو الموت" ومن المشتقات الهامة لغرائز الموت الباعث العدواني، فالعدوانية تدمير للذات، وقد اتجهت إلى الخارج نحو موضوعات بديلة. (Jerry,2000)

فالشخص يقاتل الآخرين وينزع إلى التدمير لأن رغبته في الموت قد عاقتها قوى غرائز الحياة، بالإضافة إلى عقبات أخرى في شخصيته تتصدى لغرائز الموت، وقد تمتزج غرائز الموت وغرائز الحياة ومشتقاتهما معًا فيلزم كل منهما الآخر، فالأول مثلاً يمثل امتزاج الجوع بالتدمير، فيتحقق إشباعهما بقضم الطعام ومضغه وابتلاعه، كما يؤدي الحب بوصفه أحد مشتقات غريزة الجنس إلى حياة الكراهية وهي من مشتقات غريزة الموت. (Gerzon,2008).

٢- قلق الموت من وجهة نظر المدرسة السلوكية:

بينما يفسر قلق الموت من وجهة نظر المدرسة السلوكية على أساس أنه مثير قوي يمر به كل إنسان في حياته ويؤدي إلى استجابات مختلفة لدى الأفراد، والموت على المستوى السلوكي هو كف تام للوعي أو الشعور، وتوقف المخ عن أداء الوظائف العقلية العليا، كما أن دراسة السلوك المتمثل في استجابات الأفراد الذين فقدوا عائلاً أو حميمًا تتفاوت هذه الاستجابات من

الحزن والحداد إلى الاكتئاب والانتحار، أو حتى محاولة الانتحار. (أسماء العطية، ٢٠٠٨: ٥٨-٦٠)

ودراسة هذه الاستجابات وما يصاحبها من مظاهر انفعالية وحركية وانعكاساتها على الصحة النفسية والجسمية والمهنية بوجه عام يهدف إلى تشخيص الاستجابات غير السوية وعلاجها، والتنبؤ بمالها والوقاية منها، ومن الناحية العلاجية مساعدة هؤلاء الأفراد على التغلب على أحزانهم، وإعادة تأهيلهم، ومعاونتهم على التكيف مع الظروف الجديدة. (صالح الداهري، ٢٠٠٥: ٣٢٩-٣٣٢)

٣- قلق الموت من وجهة نظر المدرسة الإنسانية:

بينما ترى المدرسة الإنسانية- وبخاصة علماء الوجودية- أن الموت هو تهديد بعدم الوجود، وهو محض وفناء تام للشخصية، وأن الموت يمنع الفرد من تحقيق ذاته، ومن هنا ينشأ الإحباط الوجودي، وأن الإحساس بالمعنى في الحياة والكفاح هو جوهر الدافعية الإنسانية، وهذا له جوهر في تحديد ونوعية جودة الحياة. (هناء الشويخ، ٢٠٠٧: ١٢١)

ومن هنا ركزت الوجودية على ضرورة تقبل الفرد حتمية الموت ونهايته بوصفة حقيقة مطلقة، ويتعين على الفرد تحديد معني الوجود الإنساني في حقيقة موته، وأن الوجود يكتسب حيويته وتلقائيته من حقيقة مواجهة الموت أو عدم الوجود، وأن حقيقة الموت هي التي تعطي الحياة معنى أكثر من تفريغها للمعنى، وذلك عن طريق إلقاء الضوء على تفرد كل إنسان وفرديته وبواسطة توحد كل فرد بالمجتمع الإنساني. (سهام أبو عطية، ٢٠٠٢)

وجدير بالذكر أن النظرية الوجودية قد أشارت إلى أن الموت يحتل دورًا هامًا في التطور العاطفي والإدراكي لدى الأطفال. (Lynn,2010)

٤- نظرية تمبلر في قلق الموت:

تعرف نظرية تمبلر بنظرية العاملين في قلق الموت، ووفقًا لهذه النظرية فإن درجة القلق من الموت يرجع إلى محددين أساسيين هما:

١- الحالة العامة للصحة النفسية لدى الفرد.

٢- خبرات الحياة المرتبطة بالصحة الجسمية. **(أحمد عبد الخالق وآخرون، ٢٠٠٧: ٣٩)**

وبالنسبة للعامل الأول (حالة الصحة النفسية للفرد بوجه عام) وجد أن المرضى النفسيين يميلون للحصول على درجات مرتفعة على قوائم قلق الموت، وذلك مقارنة بالأسوياء، من ناحية أخرى ظهرت مؤشرات الاضطرابات وعدم التوافق لدى الأسوياء وغير الأسوياء مرتبطة إرتباطًا إيجابيًا مع قلق الموت. (Abdel-Khalek & Tomas-Sabado,2005)

أما بالنسبة للعامل الثاني (خبرات الحياة المتصلة بالصحة الجسمية) فوجد أن قلق الموت يرتبط بتدهور الصحة الجسمية أو التكامل البدني، كما أن الخبرات الحياتية التي يواجهها الإنسان حول الموت ومثيراته المختلفة هي التي تحدد درجة القلق من الموت لديه. (أحمد عبد الخالق، ٢٠٠٧: ٣٩)

٥- نظرية تدبر الهلع:

من أبرز النظريات الحديثة نسبيًا في تفسير قلق الموت نظرية تدبر الهلع، وهي تصف الطرق والآليات التي يوظفها الأفراد من خلال إطارهم الثقافي لتدبر الهلع والقلق المتزايد نتيجة وعيهم وشعورهم بأنهم سيموتون في يوم ما، وترى النظرية أن قدرة الفرد على التحليل السببي، وتكوين توقعات، وصورته عن ذاته، تزيد من وعيه بالموت، وبالتالي تبرز أنماطًا متعددة من الإستجابات الانفعالية كالقلق والهلع والخوف، ومن هنا يساعد الإطار الثقافي- الذي يعيشه الفرد- وظيفيًا على تدبر هذا القلق أو الهلع، وذلك من خلال مفهوم التخفيفات الثقافية. (هناء شويخ، ٢٠٠٧: ١١٩)

وترجع هذه النظرية القلق من الموت إلى دافع حفظ الذات الذي يشترك فيه الإنسان مع الكائنات الحية، ولكن على الرغم من مشاركة الإنسان لهذا الدافع فإن الإنسان يؤمن بأن الموت حتميولا مفر منه، وتضيف النظرية أن تدبر الهلع من خلال مفهوم التخفيفات الثقافية للقلق يتكون من الإطار الثقافي العالمي، تقدير الذات، ويقصد بمفهوم الإطار الثقافي العالمي مجموعة

المعتقدات السائدة بين الأفراد والتي يتم تكوينها من خلال بيئتهم الثقافية التي يعيشون فيها، والتي تمدهم بمعني القيم، وترتيبها، ومعاييرها، وثباتها، أما مفهوم تقدير الذات فيشير إلى إعتقادات الفرد، والتي يتم تكوينها طبقًا للطريقة التي يعيش بها مع القيم الموجودة في الإطار الثقافي. (Nadhmi,2006)

فبعض الأطر الثقافية تحث الفرد على الوعي الكامل بالموت، ومن ثم تزيد القلق عنده، فالقاعدة الأساسية لنظرية تدبر الهلع أن الوعي بمفهوم الموت يزيد من إحساس الفرد بالهلع والخوف والقلق، ومن ثم تظهر الحاجة إلى تقييم الإطار الثقافي لهؤلاء الأفراد لمعرفة كيفية تدبرهم للهلع. (ying,et al, 2007)

٦- نظرية ليفتون:

تذهب هذه النظرية إلى أن أساس الرغبة النفسية في تقلق الهلع من الموت يفسره مفهوم البقاء الرمزي، أي أن فكرة الإستمرارية تمثل آلية دفاعية لتدبر التهديد من الموت، وأن الإحساس بالبقاء الرمزي يساعد الفرد على مواجهة الإحساس بالموت والإنتهاء، والبقاء الرمزي هو الإستجابة التوافقية المتوقعة لمحاربة الموت ومواجهته بواقعيته، فهذا الإحساس يمثل حافزًا يساعد الفرد على معالجة الحدث الواقعي. (Peter & Joanne, 2008)

وقدم Lifton (ليفتون) خمسة أنماط تفسر إدراك الفرد وشعوره بالإدراك الرمزي.

١. النمط الحيوي العضوي: ويمثل إحساس الفرد بأنه من الجيل السابق ولكنه ما زال يعيش، بل يشعر بأنه سيعيش ليري النسل القادم.
٢. النمط الإبداعي: مرجعه إحساس الفرد بالبقاء إلى شعوره بأن عمله له تأثير واضح على مجتمعه، وثقافيته، والمحيطين به، وبالتالي لن ينتهي هذا الأثر حتى بعد وفاته.
٣. النمط الطبيعي: ينتج هذا الإحساس من خلال تصور الفرد عن نفسه بأنه جزء من الكون الذي ينتمي له، كما أنه جزء من

الطبيعة، وبالتالي يفترض الفرد أن كل شئ مستمر حتى بعد وفاته. (Stolorow, 2005)

٤. النمط الروحاني: يعالج هذا النمط إمكانية أو احتمالية زيادة التفكير في الموت، والسبب هو معتقدات الفرد الدينية والروحانية، فالفرد طبقًا لهذا التصور يكون اعتقادًا بأن الجسد فان، أما الذات والروح فهما باقيان، أي أن هذا النمط الروحاني يتجاوز الوجود المادي للجسم.

٥. النمط التجريبي أو الخبراتي: وينتج هذا النمط نتيجة شعور الفرد بالكفاءة في التعامل مع الحياة، فهذا التصور يتسم بأنه حالة نفسية تأخذ شكل الذروة الهائلة لخبرة الفرد وإحساسه بوجوده حيًا.

ووفقا لهذه النظرية فإن الأنماط الخمسة السابقة هي التي تكون إحساس الفرد بالموت، ولذلك فهي تؤكد على أن الفرد الذي لديه إحساس بالبقاء يكون شعوره بقلق الموت أقل من ينعدم لديه هذا الإحساس بالبقاء أو الاستمرار.(هناء شويخ، ٢٠٠٧: ١٢٣).

***

تعقيب:

تعد إصابة الطفل بالسرطان من أهم العوامل التي تعمل على ارتفاع معدل قلق الموت وذلك نظرا لخبرته السابقة عن المرض وأنه مرض قاتل وفتاك لجسم الإنسان وتعامل الأسرة مع الطفل المريض بالسرطان على أساس أنه ميت لا محالة وأن العلاج الذي يتناوله ما هو إلا لإطالة عُمره لساعات قليلة ولا يتعاملون معه أنه في أزمة صعبة ولابد أن نتكاتف جميعا لمرور تلك الأزمة وأن الموت حقيقة ناصعة تواجه الجميع من لدن آدم حتى قيام الساعة فالموت حقيقة ثابتة تعمل على فناء جميع الخلق ما عدا الخالق وأن الموت لا يفرق بين كبير وصغير ولا يفرق بين مريض ومعافى بل الجميع ميتون فعندما تدرك الأسرة وتعي ذلك فإن نظرة الطفل للمرض قد تختلف.

***

المفهوم الرابع: المساندة الاجتماعية

***

تمهيد:

تلعب المساندة الاجتماعية دورًا كبيرًا في حياة الإنسان عندما تقع به الشدائد وتتنزل به الأزمات فالإنسان عندما يدرك بأنه غير قادر على مواجهة موقف ما فإنه يكون في أشد الاحتياج إلى العون من الآخرين والذين يمثلون الإطار الاجتماعي له وذلك للتخفيف من الآثار السلبية الناتجة من ذلك الموقف وهنا نحن أمام مجموعة من الأطفال نزلت بهم أزمة من أشد الأزمات نزلت بهم الإصابة بمرض خطير مزمن قاتل فتاك وهو مرض السرطان فالطفل الآن في أشد الاحتياج للمساندة الاجتماعية من المحيطين به من الأسرة والأصدقاء والجيران والمتطوعين وذلك لتحقيق التوافق النفسي والاجتماعي لهم، فالمساندة الاجتماعية للطفل المصاب بالسرطان تمنحه شعورًا بالأمان والثقة وتساعده على مواجهة الأزمة التي يمر بها وتمنحه أيضا الشعور بالانتماء إلى المحيطين به والذين يسعون دائما لمساندته وتدعيمه فذلك يخفف عنه المعاناة النفسية التي يمر بها وسوف نتناول المساندة الاجتماعية للأطفال المصابين بالسرطان في النقاط التالية:

أولاً: تعريف المساندة الاجتماعية

تعددت تعريفات المساندة الاجتماعية تبعا لاختلاف الزوايا التي تناولها الباحثون بالدراسة فيرى(Vanglist,2009) أن هناك عدة مناظير لتعريف المساندة الاجتماعية وهي كالآتي:

***المنظور الاجتماعي:**

يركز هذا المنظور على الدرجة التي يندمج بها الأفراد في الجماعات الاجتماعية ويركز الباحث في دراسته على عدد الروابط بين الأطفال في العلاقات الاجتماعية.

***المنظور النفسي:**

يركز أصحاب هذا الاتجاه على تقييم نوع أو مقدار الدعم الذي يتلقاه الأفراد من الشبكات الاجتماعية أو نوع أو مقدار الدعم الذي يعتقدون أنه متاح لهم.

***المنظور الاتصالاتي:**

يركز على التفاعلات التي تحدث بين مقدمي الخدمات والمستفيدين من الدعم ويركز الباحثون عادة على دراسة الاتصالات الداعمة وتقييم السلوكيات اللفظية وغير اللفظية التي تصدر عن الأفراد عندما يحاولون تقديم مساعدة لشخص ما.

ولقد تعددت تعريفات المساندة الاجتماعيةومنها الآتي:

ويعرفها (Cohen & Hoberman ,1983) على إنها هي المعلومات المقدمة من الآخرين المحيطين بالفرد والذين يبادلونه المحبة والمودة والتقدير والاهتمام، ويهتمون برعايته ويعد بذلك الفرد جزءًا من شبكة العلاقات والاتصالات الاجتماعية.

ويذكر(Sarason, 1983)أن المساندة الاجتماعية تعبر عن مدى وجود الآخرين أو الأشخاص الذين يمكن أن يثق فيهم بالإضافة إلى ما يقدموه له من موارد قبل وبعد الأحداث المثيرة للمشقة.

ويشير(Wills, 1990) أن المساندة الاجتماعية هي تلقي الفرد التعزية أو السلوى والرعاية والتقدير والمساعدة من الأفراد والجماعات الأخرى المحيطة به.

ويميز(Donald, 1984)بين بعدين أساسين لمفهوم المساندة الاجتماعية:

١- البعد السلوكي: هو الذي يعكس كم ومعدل العلاقات والاتصالات الاجتماعية بين الفرد والمحيطين به في مواقف المشقة.

٢- البعد الذاتي: هو الذي يعكس التقييم الذاتى لهذه العلاقات والمصادر الاجتماعية المتاحة من قبل الآخرين.

ويعرفها (Hobfail & Stockes, 1988) بأنها ظاهرة نفسية تشير إلى التفاعلات الاجتماعية التي تُقدم للأفراد مع مساعدتهم أو إدماجهم في العلاقات التي تتميز بالمحبة والرعاية والإتاحة. (نفيسة عيسوى، ٢٠١٢: ١٣)

ويذكر (Genty,1995) أن المساندة الاجتماعية هي شبكة العلاقات التي تقدم مساندة مستمرة للشخص بصرف النظر عن الضغوط النفسية الموجودة في حياته، وأن هذه المساندة إما أن تكون موجودة أثناء حدوث الضغوط النفسية أو يكون لدى الشخص إدراك بأنها ستنشط وستوجد في حالة الضغوط النفسية.(أسماء عبد المنعم، ٢٠٠١: ١٣)

ويعرفها (شعبان جاب الله وعادل هريدى، ٢٠٠١) بأنها مقدار ما يتلقاه الفرد من دعم وجداني ومعرفي وسلوكي ومادي من خلال الآخرين في بيئته الاجتماعية، عندما يخبر أحداثا أو مواقف يمكن أن تثير المشقة لديه. (نفيسة فوزي، ٢٠١٢: ١٤)

وتذكر (جيهان أحمد، ٢٠٠٢: ٥٠) أن المساندة الاجتماعية هي إدراك الفرد لوجود الأشخاص المقربين له الذين يثق فيهم ويشعرونه أنه محبوب ومحل اهتمام وتقدير واحترام، ويشعرونه بوجودهم بجانبه أوقات الأزمات وأثناء المواقف الصعبة.

والمساندة الاجتماعية هي درجة اندماج الأفراد في شبكة العلاقات الاجتماعية والمساندة المدركة المتاحة أو التفاعلات التي تحدث بين مقدمي المساندة والمتلقين التي غالبًا ما تجعل الأفراد قادرين على تحمل الآثار السلبية للضغوط. (Vanglist, 2009: 46)

***

ثانيًا: أنواع المساندة

يمكن تقسيم المساندة إلى بعدين رئيسيين وهما البعد الأول من حيث المحتوى والبعد الثاني من حيث المصدر فمن حيث المحتوى تشمل أنواع المساندة المعلوماتية والتقديرية والوجدانية والإجرائية ومن حيث المصدر فهناك الأسرة والأصدقاء.

١- المساندة من حيث المحتوى. وتشمل الآتي:

أ) المساندة الوجدانية: هي إحساس الفرد أنه محاط بالحب والرعاية من قبل الجماعة التي ينتمي إليها.

ب) المساندة التقديرية: هي مساعدة الفرد على تعميق إحساسه بأنه مقبول من الآخرين ولديه مقومات التقدير الذاتي من المحيطين به، وهذا يعطيه الإحساس بالقيمة الشخصية واحترام الذات.

ج) المساندة بالمعلومات: وهى إمداد الفرد بالمعلومات التي تفيده في حل مشكلة صعبة أو من خلال إسداء النصح له أو توجيهه وإرشاده.

د) المساندة الإجرائية: هي تقديم المساعدات المادية وقت حاجة المتلقي لها أو تقديم الخدمات العينية لتخفيف أعباء الحياة. (على عبد السلام، ٢٠٠٥: ١١، ٣٨-٣٩)

٢- المساندة من حيث المصدر:

ويرى الباحث المساندة من حيث المصدر تتمثل في الفرد المتاح أو المؤسسة المتاحة التي تقدم جميع أشكال المساندة المختلفة سواء من الأسرة أو الجيران أو الأصدقاء أو المتطوعين.

أ) المساندة من الأسرة:

هي التي تتمثل في كل الحب والتقدير والمعلومات والأفعال (مثل الاستماع إليه في حالات الغضب، إعطاء الدواء في الموعد المحدد، تحسين حالته عندما يكون متوترًا، المذاكرة له في بعض المواد الدراسية.....الخ) التي تقدم للطفل المصاب بمرض السرطان من الأسرة وذلك بقصد رفع روحه المعنوية ومساعدته على مجابهة المرض وذلك لتخفيف الآلام العضوية والنفسية التي يعانى منها الطفل المريض بمرض السرطان.

ب) المساندة من الجيران:

هي التي تتمثل في كل الحب والتقدير والمعلومات والأفعال (مثل التواجد حوله عند إصابته بالمرض، الاتصال به أثناء حجزه بالمستشفى، زيارته كثيرا في الفترات الأخيرة....الخ) التي تقدم للطفل المصاب بمرض السرطان من الجيران وذلك بقصد رفع روحه المعنوية ومساعدته على مجابهة المرض وذلك لتخفيف الآلام النفسية التي يعاني منها الطفل المريض بمرض السرطان.

ج)المساندة من الأصدقاء:

هي التي تتمثل في كل الحب والتقدير والمعلومات والأفعال (مثل شعوره بأنه عضو فعال مع أصحابه، وجود صديق أو أكثر يحكى لهم أسراره، السؤال عنه إذا غاب عنهم، المشاركة في نفس الاهتمامات،......الخ) التي تقدم للطفل المصاب بمرض السرطان من الأصدقاء وذلك بقصد رفع روحه المعنوية ومساعدته على مجابهة المرض وذلك لتخفيف الآلام النفسية التي يعاني منها الطفل المريض بمرض السرطان.

د)المساندة من المتطوعين:

هي التي تتمثل في كل الحب والتقدير والمعلومات والأفعال (مثل اللعب، التلوين، الغناء، التواصل مع الطفل المصاب، تنظيم رحالات، تنظيم حفلات..الخ) التي تقدم للطفل المصاب بمرض السرطان من

المتطوعين وذلك بقصد رفع روحه المعنوية ومساعدته على مجابهة المرض وذلك لتخفيف الآلام النفسية التي يعاني منها الطفل المريض بمرض السرطان.

***

ثالثًا: مكونات المساندة الاجتماعية

أضاف (burce,1996) أن المساندة الاجتماعية لها تركيبة معقدة فهي تتكون من ثلاث مكونات متصلة مع بعضها البعض وهذه المكونات هي:

١-مخطط المساندة:

هي تشمل إدراك الفرد ومعلوماته وتوقعاته عن إمكانية البيئة الاجتماعية في تقديم المساندة التي يحتاج لها الفرد في مواجهة المشقة، وهذا المكون يعكس التوجه المعرفي للمساندة الاجتماعية، فالفرد ذو التوقع الإيجابي للمساندة الاجتماعية يسعى دائما لتكوين علاقات متعددة مع المحيطين به في البيئة الاجتماعية، لتوفير كم مناسب من المساندة المتاحة من قبل الآخرين.

٢-علاقات المساندة:

يعتمد هذا المكون على التوقعات السابقة لدى الفرد عن أهمية المساندة الاجتماعية وبالتالي يسعى من خلال هذه العلاقات الاجتماعية إلى الحصول على المساندة المطلوبة في هذا الموقف، ولذلك أكد بيرس على ضرورة التمييز بين كلا من:

متلقي المساندة (هو الشخص ذو التوقع والإدراك المسبق عن المساندة).

مقدم المساندة (هو الذي يسعى من خلال هذه العلاقات الاجتماعية إلى توفير المساندة المطلوبة من قبل الآخرين).

٣- صفقات المساندة:

هو أشبه بسلوك المقايضة أو الصفقة بين فردين على الأقل، حيث يسعى مُقدم المساندة إلى تقديم أنماط متعددة من سلوك المساندة لشخص آخر، بينما يحاول الآخر بذل المجهود لاستقبال هذه السلوكيات المتاحة وأكد بيرس

على مدى التداخل بين هذه المكونات الثلاثة بحيث لا يمكن عزل إحداهما عن الآخر وذلك لأنهم في حالة تفاعل مستمر.

***

رابعًا: فئات المساندة :

لقد اتفق الباحثون على أن هناك على الأقل (٥) فئات للمساندة وهي:

١- المساندة الوجدانية:

يقصد بها مشاعر المودة والصداقة والرعاية والاهتمام والحب والثقة في الآخرين، والإحساس بالراحة والانتماء فالفرد في أوقات المشقة يعاني من انفعالات معينة أو يمر بخبرة اكتئاب، حزن، قلق، فقدان تقدير الذات، ومن خلال هذه المساندة الوجدانية المقدمة له من قبل الآخرين يعمل على إعادة تقدير الذات، أو التقليل من مشاعر عدم الكفاءة الشخصية عن طريق إحاطة الفرد بأن له قيمة وأنه محبوب.

٢- المساندة الأدائية:

تشمل المساعدة المالية والمادية مثل القيام بإقراض الفرد مبلغا من المال أو دفع الفواتير، المساعدة في الأعباء المنزلية، مساعدته في القيام ببعض الأعمال البسيطة.

٣- المساندة المعلوماتية:

يقصد بها التزويد بالنصيحة والإرشاد أو المعلومات المناسبة للموقف بغرض مساعدة الفرد في فهم موقفه أو المواجهة مع مشاكل البيئة أو مشاكله الشخصية وتزوده بالمعلومات المناسبة لما ينبغي أن يقوم به لمواجهة المشكلة.

٤- المساندة التقديرية:

هي تمد الفرد بالعائد أو التعبيرات الإيجابية والمعلومات المناسبة لعملية التقييم الذاتي من خلال عملية المقارنة الاجتماعية.

٥- المساندة الاجتماعية:

يقصد بها الاندماج مع الآخرين في نشاطات وقت الفراغ وكذلك تمد الفرد بالمشاعر اللازمة كي يشعر بأنه عضو في جماعة تشاركه اهتماماته

ونشاطاته الاجتماعية.(Bloom &Kessler,1994/Taylor، 1995 /Sarafion،1998)

***

خامسًا: وظائف المساندة الاجتماعية

تنقسم وظائف المساندة الاجتماعية إلى قسمين وهما:

١- وظائف المساندة. ٢- وظائف تخفيف الضغط.

١) وظائف المساندة:

أ- إشباع حاجات الانتماء:

المساندة الاجتماعية يمكن أن تشبع حاجات الفرد للاتصال بالآخرين وصحبتهم وأيضا تخفف من التأثيرات الضارة للعزلة والوحدة ومن خلالها يستطيع الأفراد الحصول على مشاعر الانتماء والتي تشبع حاجات الانتماء لديهم والمواد المرتبطة بهذه الوظيفة التي يمكن أن تشمل تعبيرات الرعاية والحب والفهم والاهتمام والمودة والتي تؤدي إلى شعور قوي بالانتماء.

ب-المحافظة على الهوية الذاتية وتقويتها:

تتكون الذات من مجموعة هوايات متباعدة ومن خلال التفاعل الاجتماعي مع الآخرين تنمو شخصيتنا ونكتسب وعيا بذاتنا الاجتماعية، كما أن الأفراد يقيمون نظم معتقداتهم بمقارنة أدائهم واتجاهاتهم ومعتقداتهم بالآخرين والمواد المرتبطة بهذه الوظيفة تشمل التغذية المرتدة المرتبطة بمظاهر الذات ونماذج السلوك الملائم في مواقف غامضة.

ج-تقوية تقدير الذات:

يمكن للمساندة الاجتماعية أيضا أن تقوي شعور الفرد بقيمته وكفايته والمواد المرتبطة بهذه الوظيفة تشتمل على تأكيد وتثبيت القيمة والاستحسان والمدح وتعبيرات الاحترام للمتلقي، ولذلك إذا تلقى الأفراد مساندة مستمرة توفر لهم الشعور بالأمن وتدعيم تقدير الذات لديهم وتقوي هوايتهم الذاتية فهم في هذه الحالة أقل تعرضا لعوامل الضغط عن الأفراد الذين لم يتلقوا مثل هذه المساندة.

٢) وظائف تخفيف الضغط:

أ-التقييم المعرفي:

ينقسم التقييم المعرفي إلى تقييم أولي وتقييم ثانوي، فالتقييم الأولي يشير إلى تفسير الفرد لعوامل الضغط المحتملة، وتستطيع المساندة الاجتماعية في هذه المرحلة توسيع التفسير الفردي للحدث وتحسين فهمه بوضوح أكبر وتشمل موارد المساندة المعلومات اللفظية عن الحدث والاستجابة النموذجية له، فإذا فسر الحدث على أنه تهديد يظهر التقييم الثانوي والذي يشير إلى تقييم الأفراد لمواد المواجهة المتاحة وتستطيع المساندة في هذه المرحلة أن توسع عدد اختيارات المواجهة وتوفير إستراتجيات مواجهة نموذجية انفعاليه وسلوكية وتوفير المعلومات وأساليب المساندة لحل المشكلات.

ب- النموذج النوعي للمساندة:

تستطيع المساندة الاجتماعية أن تقوم بوظيفة مباشرة كإستراتيجية موجهه كإمداد المتلقي بالموارد المطلوبة لمواجهة الحاجات النوعية التي تثيرها عوامل الضغوط.

ج- التكيف المعرفي:

يمر الأفراد بثلاث عمليات ليواجهوا الأحداث التي تهددهم بطريقة معرفية وتتمثل في (البحث عن معنى الحدث-محاولة استعادة السيطرة على حياتهم -تقوية تقدير الذات) والمساندة يمكن أن تلعب دورا مهما في كل عملية من هذه العمليات. (Shumaker& Brownell, 1984)

***

سادسًا: النظريات المفسرة للمساندة الاجتماعية:

١- نظرية التعلق الوجداني:

تهتم نظرية التعلق بالروابط والعلاقات التي تنمو بين الوليد والقائمين على رعايته خلال مراحل حياته المختلفة والتي تكون مهمتها التزويد بالمساندة والأمان للطفل ويعد جون بوبلى ومارى انبسووث هما المؤسسان لنظرية التعلق وقام بوبلى بتعريف العلاقات الآمنة على إنها تلك التفاعلات التي يستجيب بها الآباء للوليد من علاقات والذي يكون في حالة مشقة وقد يكون لخبرات التعلق وحدوث نوع من المساندة تضمينات مهمة بالنسبة للشخصية والارتقاء الاجتماعي حيث قرر بولبى إن أسلوب التعلق نمط ثابت

من الشخصية يتم إدراكه معرفيا وسلوكيا من خلال حياة الفرد حيث وجدت دراسات عديدة مؤشرات على ثبات سلوك التعلق وتأثيره على الطريقة التي يرتبط بها الأشخاص مع بعضهم البعض في علاقات اجتماعية تبادلية وتعد الوظيفة التي تؤديها المساندة الاجتماعية امتداد لتلك الوظائف التي كانت تتم بواسطة خبرات التعلق في الطفولة فبينما تقوم خبرات التعلق في الطفولة بتقوية القيمة الشخصية للطفل وتزويده بالأساس الآمن لاستكشاف العالم المحيط به وتقوم العلاقات الداعمة في نهاية الحياة باستمرار وتحسين إحساس الفرد بأنه محبوب وله قيمة ويؤدى هذا الدعم إلى إستمرار وتقوية السلوك الاستكشافي الذي يتم من خلاله إعطاء معنى لحياة الفرد، وتحقيق أهدافه وغالبا ما يتم تقديم المساندة الاجتماعية من خلال بعض السلوكيات الداعمة من النصيحة والمال. (Sarason,J, 1988)

٢- نظرية التبادل الاجتماعي:

يقول (Bertera, 2005 :35) "أن من صاغ تلك النظرية كل من سيبوث وكيلى لتفسير العوامل الدافعة للإنضمام للجماعة، وتشير تلك النظرية إلى العلاقات والتفاعلات الاجتماعية تميل إلى أن تكون بدافع الرغبة في تحقيق أكبر قدر من الفوائد وتقليل التكلفة من خلال السعي لتبادلات مثمرة وتجنب الأشياء الغير المرغوبة ويرى أصحاب هذه النظرية أن التبادلات الاجتماعية التي تدرك أنها إيجابية بشكل عام تعزز النظرة الإيجابية والنجاح في حل المشكلات ومواجهة الضغوط وتتضمن أيضا التفهم والقدرة على إقامة حوار والتقدير وترتبط بانخفاض القلق والاكتئاب". (نفيسة فوزى، ٢٠١٢: ١٦)

ويشير أسامة أبو سريع إلى أن الفرد في ضوء تلك النظرية يقيم الإشاعات التي يحصل عليها من الجماعة في ضوء محكين هما: المحك الشخصي ويتمثل في تحديد الحد الأدنى من الإشباع من خلال العضوية في الجماعة؛ والمحك الآخر هو محك المقارنة ويعني المقارنة بين الإشاعات

التي يحصل عليها الفرد من علاقات معينة بالإشاعات التي يمكن أن يحصل عليها من خلال علاقة أخرى بديلة ويسعى الفرد للعلاقة التي تحقق له إشباعا أكبر. (ماجدة حسين، ٢٠٠٩: ٢٦٦). ويشير(Huston,T,) إلى أن الأشخاص يميزون علاقاتهم بناءًا على (٥) اعتبارات وهي:

- هل هم متماثلين أم لا.
- نوع الأفراد المندمجين في العلاقة.
- جنس هؤلاء الأفراد.
- درجة اندماجهم الوجداني.
- محتوى عملية التفاعل.

وتحدد الاعتبارات الثلاث الأولى الإطار التركيبي للعلاقة، بينما يتعلق الاعتبار بين الآخرين بنوعية الأفراد المشاركين أو المندمجين في العلاقة (هناء شويخ، ٢٠٠٧).

٣- النظرية الكلية:

تؤكد هذه النظرية على أن المساندة تؤدي دورًا مهما للفرد وخاصة في المواقف الصعبة التي يمر بها وتركز كذلك على الخصائص الشخصية التي يمكن أن تؤثر في شبكة العلاقات الاجتماعية المحيطة بالفرد والخاضعة للمواقف الاجتماعية التي يواجهها في حياته اليومية وتهتم هذه النظرية أيضا بقياس الإدراك الكلي لمصادر المساندة المتاحة للفرد ودرجة رضاه عن هذه المصادر.(على عبد السلام، ٢٠٠٥: ٥٥-٥٦)

٤- نظرية المقارنة الاجتماعية:

يشير بيونك وآخرين أنه طبقا لتلك النظرية يفضل الأشخاص أحيانا الإندماج مع الآخرين الذين يتساوون معهم، أو يفضلونهم حيث أن هذا النمط من الإندماج يقدم لهم تفاعلات سارة ومعلومات ضرورية تعمل على تحسين موقفهم في البيئة المحيطة بهم.(على عبد السلام، ٢٠٠٥: ٥٦).

***

سابعًا: علاقة المساندة الاجتماعية بالصحة النفسية:

يشير بولبى(١٩٨٠) إلى أن الفرد الذي يتمتع بالمساندة الاجتماعية يتميز بالمودة من الآخرين منذ سنوات حياته الأولى يصبح بعد ذلك شخصًا واثقًا من نفسه وقادرًا على تقديم المساندة الاجتماعية للآخرين ويصبح أقل عرضة للاضطرابات النفسية، ويضيف أن المساندة الاجتماعية تزيد من قدرة الفرد على المقاومة والتغلب على الاحباطات وتجعله قادرًا على حل مشكلاته بطريقه جيدة.و يشير ساراسون(١٩٨٣) إلى أن كثير من الدراسات توصلت إلى أن الفرد الذي ينشأ وسط أسرة مترابطة تسودها المودة والألفة بين أفرادها يصبح قادرًا على تحمل المسئولية ولديه صفات قيادية، ولذا نجد أن المساندة الاجتماعية تزيد من قدرة الفرد على مقاومة الإحباط وتقلل من المعاناة النفسية في حياته الاجتماعية. (فهد عبد الله، ١٩٩٧: ٣٢).

وترى (آمال محمد، ٢٠٠٢: ٩) أن الفرد المساند اجتماعيًا يصبح أكثر ارتباطا بالواقع وبالأفراد المحيطين به بل وبالمجتمع ككل وقد تكون هذه المساندة سبيلا لتخفيف حدة مشاعره بالاغتراب والمتمثلة في شعوره بالعزلة والتشاؤم والعجز واللا هدف واللامبالاة.

ويذهب كل من كتيرونا وراسيل(Cutrona& Raussell) إلى أن المساندة الاجتماعية وإتاحة علاقات اجتماعية مرضية تتسم بالحب والود والثقة تعمل كحواجز ضد التأثير السلبي لضغوط الحياة على الصحة الجسمية والنفسية للأفراد.

ويشير(راتر،١٩٩٠) إلى وجود متغيرات واقية من الأثر النفسي الذي تحدثه الضغوط وهي:

١-سمات شخصية الفرد مثل: تقدير الذات الإيجابي – التحكم المدرك – الاستقلالية –الفعالية – الكفاية.

٢-كفاية المساندة الاجتماعية مثل: ترابط الأسرة، إدراك الفرد للدفء الوالدى. (حسين فايد، ٢٠٠٥: ٢٠).

ويرى كابلان أن هناك ثلاثة تفسيرات حول العلاقة بين المساندة الاجتماعية والصحة النفسية تتمثل في الآتي:

١- العلاقة بين نقص المساندة الاجتماعية والأعراض المرضية علاقة سببية حيث تقوم المساندة بالدور الوقائي، وحماية الأفراد من التعرض للأمراض.
٢- إذا حدثت الإصابة بالمرض فإنها تؤدي بالفرد إلى الابتعاد عن نسق المساندة الخاصة به، حيث تحدث تغيرات في المساندة التي يتلقاها.
٣- تتأثر المساندة من حيث مقدارها ودرجة الرضا عنها بسمات شخصية الفرد والطبقة الاجتماعية التي ينتمي إليها. (سيد البهاص، ٢٠٠٦: ٢٤٩)

***

ثامنًا: أدوار المساندة الاجتماعية

تتعدد الأدوار التي تؤديها المساندة الاجتماعية ولكن يمكن تركيز هذه الأدوار في دورين رئيسين هما دور نمائي ودور وقائي.

١) الدور النمائي:

يتمثل في أن الأفراد الذين لديهم علاقات اجتماعية متبادلة مع الآخرين ويدركون أن هذه العلاقات موضع ثقة ويسير ارتقاؤهم في اتجاه السواء ويكونون أفضل في التمتع بالصحة النفسية.(على عبد السلام، ٢٠٠٥: ٧).

٢) الدور الوقائي:

يتمثل الدور الوقائي في أن التفاعل في شبكة العلاقات الاجتماعية يمنح الأفراد مصادر انفعالية تجعلهم قادرين على تجنب الضغوط ويزيد من الرفاهية النفسية للأفراد وبالتالي يجعلهم قادرين على مواجهة الضغوط بفاعلية، حيث يميل الأفراد الذين لديهم اعتقاد بأن هناك مساندة متاحة لهم إلى إدراك الخبرات الضاغطة على أنها أقل ضغطا من الذين لا يعتقدون ذلك وتؤدي المساندة دورا وقائيا من خلال تحذير الأفراد قبل حدوث الحدث مما يجعلهم قادرين على الاستعداد له أو تجنبه أحيانا وأيضا عن طريق تقديم دعم وتشجيع للأفراد على احترام ذواتهم مما يجعلهم يشعروا بثقة أكبر عندما تحدث المواقف الضاغطة.(Vanglist,2009: 46-47)

تاسعًا: المساندة الاجتماعية ومرض السرطان:

يرى الباحث أن الأطفال المعافين صحيا يتشابهون مع الأطفال المصابين بمرض السرطان أكثر بكثير مما يختلفون، فالفرق بينهما هو أن الطفل المريض بمرض السرطان يواجه ظروف الحياة اليومية بوسائل وطرق مختلفة بعض الشئ وذلك نتيجة لمرضه، وأن الطفل سواء كان معافا صحيا أو مريضا فهو بحاجة إلى مساعدة من الآخرين، فلا أحد يستطيع أن يعيش حياته دون يد تمتد لمساعدته بين الحين والآخر.

ويقودنا ما سبق إلى طرح عدة تساؤلات حول شكل المساندة التي يمكن أن تقدم للطفل المريض بالسرطان ومنها: هل للمساندة أثر سلبي في بعض الأحيان؟

ما هي الشروط الواجب توافرها عند تقديم مساندة للطفل المريض بالسرطان؟

ويشير الباحث إلى أن المساندة للطفل المريض بالسرطان تعنى عدم الاقتصار على إزالة الحواجز الجسدية، بل لابد من إزالة الحواجز النفسية أولا، فإذا لم تقدم البرامج التربوية والتدريبية القائمة على التوقعات الإيجابية والاتجاهات البناءة فالنتيجة هي تثبيط استقلالية الطفل المريض وتثبيط مبادرتهم وتطور الشعور بالدونية لديهم، وتكون النتائج المترتبة على ذلك تقبل الطفل المريض نفسه الاتجاهات السلبية والتوقعات المحدودة التي يتبناها الآخرين من مجتمع الأصحاء، ولذلك اذا أردنا أن نساعد الأطفال المصابين بمرض السرطان فيجب توافر البرامج الفعالة المقدمة لهم والتي تتمثل في التخلص من الاتجاهات غير الواقعية من جهة ومن جهة أخرى مساعدتهم على اكتساب المهارات اللازمة لمواجهة تلك الاتجاهات وتجاوزها وذلك لأن الأطفال المصابين بالسرطان كثيرا ما يتبنون اتجاهات سلبية خاصة بالاكتئاب وقلق الموت والخوف وعدم القدرة على التخلص من تلك الأمراض النفسية ولذلك لابد أن تكون البرامج المقدمة تحاول تحقيق الأهداف الثلاثة الأساسية التالية:

١- مساعدة الطفل المريض بالسرطان على تقبل إصابته بالمرض وعلى تقبل نفسه مريضا.

٢- ترسيخ القناعة لدى الطفل المريض بأنه قادر على أن يعيش حياة سعيدة وطبيعية.

٣- مساعدة الطفل المريض على اكتساب المهارات والمعارف والأدوات اللازمة للاستقلال الذاتي والمساواة مع الآخرين.

ولعل أبلغ تعبير عما يحتاجه الطفل المصاب بمرض السرطان من المجتمع يتضح عندما سأل الباحث بعض أولياء الأمور وبعض الأطفال السؤال الآتي: ما الذي يريده الطفل المريض بالسرطان من المجتمع؟ فكانت الإجابة الأوقع والأدق (يريدون الفرصة في أن يكونوا متساوين، والحق في أن يكونوا مختلفين) ولذلك فإنه من الخطأ البليغ أن نحاول تغيير العالم الاجتماعي ليلائم الطفل المريض بالسرطان، أو نغير الطفل المصاب بالسرطان ليلائم العالم الاجتماعي، وبدلا من تلك المعادلة الصعبة المعقدة التي يستحيل حلها فكان من الأفضل هو دمج الطفل المصاب بالسرطان في عالمنا الاجتماعي في نطاق قدراته وإمكانياته التي يمتلكها، فلا نحمله من المسئوليات أكثر مما يحتمل، ولا نسرف في مساعدته حتى لا ينمو في اتجاه الشخصية الإنطوائية والإنسحابية الاعتمادية.

ولذلك لابد أن تكون المساندة التي تقدم للطفل المصاب بالسرطان مساندة مقننة تؤدى إلى النمو النفسي السليم واعتماد الطفل المصاب بالسرطان على نفسه والثقة في قدراته وإمكاناته بينما إذا زادت المساندة عن الحد أدى ذلك إلى اعتمادية الطفل المصاب بالسرطان على الآخرين وبذلك تنمو لدينا شخصية اعتمادية انطوائية ولذلك هناك مجموعة من الشروط لابد أن تتوافر عند تقديم المساندة الاجتماعية للطفل المصاب بالسرطان حتى تؤدى إلى نتائج إيجابية ولا تسبب أى إيذاء نفسي بالنسبة للطفل المصاب بالسرطان. فما هي شروط تقديم المساندة؟

عاشرًا: شروط المساندة الاجتماعية:

١) مقدار المساندة:

يجب أن تقدم المساندة للمتلقي بمعدل معتدل بحيث لا تجعله أكثر اعتمادية، وينخفض بالتالي تقديره لذاته.

٢) اختيار الوقت المناسب لتقديم المساندة:

ويحتاج هذا البعد أن يكون لدى مانحي المساندة الكثير من المهارات حتى تؤدي المساندة النتائج المرجوة لدى المتلقي.

٣) مصدر المساندة:

لابد من توافر بعض الخصائص لدى مانح المساندة وتتمثل في النضج والمرونة والفهم الكامل لطبيعة المشكلة التي يمر بها المتلقي حتى يسهم بقدر فعال في تقديم المساندة.

٤) كثافة المساندة:

يؤدى تعدد مصادر المساندة الاجتماعية لدى المتلقي إلى حل المشكلات التي يمر بها ويساعده سريعا على تخطي الأزمات التي يمر بها.

٥) نوع المساندة:

ويتمثل هذا البعد في القدرة والمهارة والفهم لدى مانحي المساندة في تقديمها بما يتناسب مع ما يدركه ويرغبه المتلقي من تصرفات وسلوكيات تتناسب مع نوع المساندة التي تقدم إليه وطبيعتها.(على عبد السلام، ٢٠٠٥: ٣١-٣٢).

تعقيب

ونستخلص مما سبق ضرورة توافر مجموعة من الشروط حتى تكون المساندة فعالة سواء بالنسبة للطفل المريض بالسرطان أو غيره من الأطفال السليمة بدنيا، فكم المساندة وتوقيتها ونوعها ومصدرها هي أمور يجب مراعاتها عند تقديم المساندة للطفل المريض حتى يشعر بالرضا عن تلك المساندة، فزيادة كم المساندة المتوقعة من الآخرين أو انخفاضها، بالإضافة إلى عدم اختيار الوقت غير المناسب ونوع المساندة غير المناسبة للموقف وعدم تمتع مصدر المساندة بالذكاء والمرونة كلها عوامل تضعف من أثر المساندة وقد تؤدي إلى ردود فعل سلبية من الطفل المريض تجاه

المساندة فقد يرفضها أو قد يحسبها إنتقاصا من ذاته أو تجعله طفل اعتمادي - وذلك في حالة زيادة كم المساندة- فالطفل سواء كان مريضا أو معافى بدنيا فهو في حاجة إلى مساعدة الآخرين له من حين لآخر.

***

الفصل الثاني

الدراسات السابقة

تمهيد

أولاً: الدراسات السابقة الخاصة بالاكتئاب عند أطفال مرضى السرطان.

ثانيًا: الدراسات السابقة الخاصة بقلق الموت عند أطفال مرضى السرطان.

ثالثًا: الدراسات السابقة الخاصة بالمساندة الاجتماعية عند أطفال مرضى السرطان.

رابعًا: فروض الدراسة.

***

تمهيد

تعرض الباحث في هذا الفصل لبعض الدراسات السابقة المرتبطة بمتغيرات الدراسة كلما أمكن ذلك وخاصة الدراسات التي تعتبر قريبة من طبيعة الدراسة الحالية، وسوف نتطرق لهذه الدراسات وذلك من خلال عرض أهم النتائج التي توصلت إليها، حتى يتضح موقع هذه الدراسة من تلك الدراسات، وأيضا لتحديد فروض الدراسة في نهاية هذا الفصل كما أن هناك بعض الدراسات تتناول مراحل عُمرية أكبر قليلاً أو أصغر قليلاً من المرحلة المعنية في هذه الدراسة من سن (١٢- ١٥) عام ومن ثم تمكن الباحث من تقسيم الدراسات السابقة التي استطاع الإطلاع عليها إلى ثلاثة محاور وهي:

المحور الأول: الدراسات السابقة الخاصة بالاكتئاب عند أطفال مرضى السرطان.

المحور الثاني: الدراسات السابقة الخاصة بقلق الموت عند أطفال مرضى السرطان.

المحور الثالث: الدراسات السابقة الخاصة بالمساندة الاجتماعية عند أطفال مرضى السرطان.

***

أولاً: الدراسات السابقة الخاصة بالاكتئاب عند أطفال مرضى السرطان.

١- دراسة (Kvist,1991)

هدفت الدراسة إلى التعرف على طبيعية استجابات الأطفال النفسية والاجتماعية نتيجة الإصابة بمرض السرطان في الدم، وكانت عينة الدراسة قوامها (٩٠) طفلا من الجنسين الذكور والإناث وكان يتراوح عُمر العينة من (٦-١٢) عام وكانت الأدوات المستخدمة مقياس للقلق والخوف والاكتئاب إضافة إلى مقياس الشخصية والعدوان.

ولقد توصلت النتائج إلى ارتفاع درجة العدوان لدى كل أفراد العينة ويأخذ العدوان شكل نوبات غضب وسخط مستمر وسرعة الاستثارة الداخلية والخارجية، وارتفاع درجة الاكتئاب والمخاوف المرضية، وقلق الموت، والاعتمادية، والحساسية المفرطة لدى كل أفراد العينة.

٢- دراسة (Canning,1992)

كانت الدراسة بعنوان الاكتئاب وأسلوب التكيف لدى عينة من أطفال مرضى السرطان، وكانت تهدف الدراسة إلى استكشاف العلاقة بين نمط التكيف والأعراض الاكتئابية لدى عينة من أطفال مرضى السرطان، وكانت عينة الدراسة تتكون من (٣١) مصابا بسرطان الأطفال وكانت تتراوح أعمارهم بين(١٢-١٨) عاما، مقارنة مع مجموعة من الطلاب المعافين من المدارس الثانوية وكانت تتكون العينة من (٨٣) طالبا من المدارس الثانوية، وكان يتراوح عُمر العينة بين (١٥-١٨)عاما، وتم استخدام تقارير القلق، انخفاض الدفاعية، قياس أعراض الاكتئاب، وأوضحت الدراسة أن نسبة الاكتئاب مرتفعة لدى عينة الأطفال المصابة بمرض السرطان.

٣- دراسة (Mulhern,et. Al, 1992)

هدفت الدراسة إلى معرفة أسباب ارتفاع درجة الاكتئاب لدى أطفال مرضى السرطان، وقد تكونت عينة الدراسة من (٩٩) طفلا من الجنسين

الذكور والإناث التي أخذت ترتفع لديهم درجات الاكتئاب بصورة حادة وطبقت عليهم مجموعة من المقاييس الخاصة بالاكتئاب.

وتوصلت نتائج الدراسة إلى انخفاض في مستوى الحالة النفسية للأطفال مرضى السرطان وذلك بسبب الإجراءات الطبية الخاصة بالتشخيص العلاجي.

٤- دراسة (Mulhern,et. al,1994)

قام الباحثون بدراسة هدفها الكشف عن العلاقة بين الرضا الجسمي والأعراض الاكتئابية حيث قام الباحثون بتقييم حدة الأعراض الجسمية والاكتئابية وكان ذلك لعينة قوامها (٩٢) طفلا مصابين بالسرطان وتتراوح أعمارهم ما بين (٨-١٦)عام واستخدم الباحثون في هذه الدراسة مقياس الاكتئاب لدى الأطفال ونسخة معدلة منه لقياس الأعراض الجسمية، ومقياس تقارير الأمومة عن الاكتئاب لدى الأطفال، وقائمة ملاحظة السلوك، وتقييمات الأم مرتين خلال فترة (٦) أسابيع. وتوصلت الدراسة إلى عدة نتائج من أهمها أن حوالي (٤٠%) من المبحوثين كان لديهم تغيرات في حدة الأعراض الاكتئابية وفقا لتغير الأعراض الجسمية.

٥- دراسة (Verni,et.al,1994)

كانت الدراسة تهدف إلى التعرف على عدة متغيرات وهي الاكتئاب، القلق، القلق الاجتماعي، القلق كسمة، وتقدير الذات، وكان ذلك على عينة قوامها (٣٠) طفلا مصابين بالسرطان من الجنسين الذكور والإناث، وقد استخدم الباحث عدة مقاييس ومنها مقياس اكتئاب الأطفال، وقلق الأطفال، ومقياس تقدير الذات، وقد أشارت النتائج إلى ارتفاع درجات كلا من الأعراض الاكتئابية، وحالة القلق، وسمة القلق، والقلق الاجتماعي مع انخفاض في درجات تقدير الذات.

٦- دراسة (Sharon,et,al,1995)

كانت الدراسة تهدف إلى قياس الأعراض الاكتئابية عند الأطفال المصابين بالسرطان حديثي التشخيص.وقد استخدم الباحثون العديد من

المقاييس الخاصة بالسلوك من خلال والدي الأطفال المصابين بالسرطان وذلك على عينة قوامها (٥٩) طفلا ما بين (٣-١٨)عام ووالديهم أيضًا. وقد أسفرت النتائج عن الآتي:

- الأطفال حديثي التشخيص يعانون من العديد من المشاكل السلوكية.
- وجود علاقة ذات دلالة بين المشكلات السلوكية للطفل والوالدين المكتئبين.
- اهتمام وعناية الوالدين بأطفالهم كان لها تأثير كبير في التخفيف من حدة المشكلات والضغوط التي تعرضوا لها.

٧- دراسة (صباح الشرقاوي وآخرون، ١٩٩٦)

كانت الدراسة بعنوان دراسة التأثيرات السيكولوجية لدى الأطفال في عُمر المدرسة، وكانت تهدف الدراسة إلى قياس التأثيرات السيكولوجية للأمراض المزمنة لدى الأطفال في عُمر المدرسة، وتكونت عينة الدراسة من (١٢٠) طفلا مقسمة إلى (٧٠) من الإناث و(٥٠) من الذكور وكانت تتراوح أعمارهم ما بين (٦-١٢)عاما من المصابين بأمراض مزمنة مثل الفشل الكلوي، وسرطان الدم، والسكر، وأمراض القلب، وقد استخدم الباحثون المقابلة الشخصية وأداة كوبر سمث لتقدير الذات ومقياس الاكتئاب للأطفال.

وتوصلت الدراسة إلى عدة نتائج حيث أن هناك اختلاف واضح ومحدد بين المرض المزمن والاستجابة النفسية للأطفال ومنها:

- فقد وجد أن النسبة الكبرى من الأطفال المصابين بسرطان الدم (٧٦%) عندهم اكتئاب يليهم الأطفال المصابين بأمراض القلب.
- ووجد أيضا أن أكبر نسبة تعاني من الانسحاب هم الأطفال المصابين بالسرطان حيث تصل نسبتهم إلى (٤٠%).
- وجد أيضا أن نسبة الأطفال المصابين بسرطان الدم الذين يعانون من الأرق تصل نسبتهم إلى(٥،٨ %).

٨- دراسة (Boeving, C, 2003)

تهدف الدراسة إلى معرفة أثر التكيف النفسي والاجتماعي للتعامل مع أطفال مرضى السرطان، وكانت عينة الدراسة تتكون من(٥٥) طفل، وتم إجراء مقابلات مع (٢٢) طفل وأشارت النتائج أن هؤلاء الأطفال يعانون بشكل كبير من الاكتئاب.

٩- دراسة (Sinclair, 2003)

كانت تهدف الدراسة إلى معرفة العلاقة بين العلاج الإشعاعي ومدة الإقامة في المستشفى على المدى الطويل وأثرها على التكيف لدى عينة من أطفال مرضى السرطان، وكانت عينة الدراسة تتكون من (٥٣) طفل، وكان يتراوح عُمر العينة من سن (٧-١٦) عام وجرى التقييم باستخدام مقياس سلوك الأطفال، وتقرير الأمهات، مقياس التكيف للأطفال في مجالات عدة ومنها (الانتباه، العجز، الاكتئاب، القلق، الإدراك) وأوضحت الدراسة أن هؤلاء الأطفال يعانون من ضيق نفسي، وأن درجة الاكتئاب والقلق كانت مرتفعة لديهم.

١٠- دراسة (رانيا يوسف، ٢٠٠٤)

هدفت الدراسة إلى معرفة أهم الأعراض النفسية المترتبة على إصابة الطفل بالسرطان وتأثيرها على مستوى الطموح لدى هؤلاء الأطفال، وتكونت الدراسة من عينة قوامها (٦٠) طفلا مصابين باللوكيميا (٣٠) من الذكور و(٣٠) من الإناث وقد استخدمت في المقابل عينة من الأسوياء من الناحية الجسمية وكان قوامها (٦٠) طفلا (٣٠) من الذكور و(٣٠) من الإناث. وقد استخدمت الباحثة مقياس جامعة أسيوط للذكاء الغير اللفظي إعداد طه المستكاوى، ومقياس مستوى الطموح إعداد كاميليا عبد الفتاح، ومقياس القلق إعداد كاستانيدا وماك، اختبار مخاوف وفوبيا الأطفال إعداد محمد عبد الظاهر، اختبار اكتئاب الأطفال.

وقد توصلت الدراسة إلى عدة نتائج ومن أهمها وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات مجموعة الأطفال مرضى السرطان والأسوياء والأعراض النفسية لصالح المصابين بمرضى السرطان، وأوضحت الدراسة أن العينة المصابة تعاني من ارتفاع نسبة الاكتئاب.

١١- دراسة (Ransom,et,al, 2006)

كانت الدراسة تهدف إلى التعرف على العوامل التي تزيد الرغبة في الموت السريع لدى أطفال مرضى السرطان والعمل على حفظها من خلال برنامج قائم على الرعاية والعناية الطبية، وكانت الدراسة على عينة قوامها (٦٠) طفل وطفلة تتراوح أعمارهم بين (٩-١٢) عام من الأطفال المصابين بالسرطان.

وتوصلت الدراسة إلى عدة نتائج من أهمها أن العينة تعاني من نسبة اكتئاب ويأس مرتفعة.

١٢- دراسة (Sil, 2007)

كانت تهدف الدراسة إلى معرفة مدى أثر إبلاغ أطفال مرضى السرطان بالمعلومات عن مرضهم، وقامت الدراسة على عينة قوامها (٩٠) أسرة بعد شهرين من تشخيص الطفل بالسرطان، وكان عُمر الأطفال من (٦-١٨)عام، وأوضحت الدراسة أن الأطفال يعانون من نسبة اكتئاب مرتفعة، وأثبتت الدراسة أن الأطفال الذين يقدم لهم معلومات عن المرض بشكل واضح ويتم تدعيم عاطفي لهم فيكونوا أكثر قدرة على إدارة الاكتئاب.

١٣- دراسة (Keener, 2008)

كانت الدراسة بعنوان (الدعم النفسي والاجتماعي للأطفال المصابين بمرض السرطان) كان الهدف من الدراسة توفير الدعم النفسي والعاطفي والاجتماعي ومواجهة الآثار النفسية والاجتماعية للسرطان وعلاجه للمصابين بمرض السرطان، وكانت عينة الدراسة تتراوح أعمارهم من سن (٨-١٢)عام، وكانت من أهم هذه الآثار(الاكتئاب، والقلق، وانخفاض تقدير الذات) وصعوبات التكيف (مثل ضعف الأداء الاجتماعي، والمشاكل الأكاديمية)، وأوضحت الدراسة أن العينة تعاني من نسبة اكتئاب مرتفعة.

١٤- دراسة (Jacobs, 2008)

كانت عينة الدراسة بعنوان(التكيف والدفاعية: دراسة الكمون عند أطفال مرضى السرطان)، استخدم الباحث استبيانات تقرير الذات، استبيان

القلق، استبيان الاكتئاب لمقابلة (٤٨) طفل وأوضحت الدراسة أن هؤلاء الأطفال لديهم تقدير ذات منخفض، وأن نسبة القلق والاكتئاب مرتفعة لديهم.

١٥- دراسة (Meral Bayat, 2008)

الدراسة كانت تهدف لتحديد الاكتئاب والقلق ومستويات المساندة الاجتماعية المقدمة للأطفال وآبائهم بعد تشخيص الطفل أنه مريض بالسرطان، وتكونت عينة الدراسة من (٩٤) طفل بأولياء أمورهم وتم استخدام مقياس بيك للاكتئاب وتم استخدام مقياس المساندة الاجتماعية وقد أوضحت الدراسة أن هؤلاء الأطفال يعانون من نسبة مرتفعة من الاكتئاب.

١٦- دراسة (Laub Huizenga, 2011)

كانت الدراسة بعنوان(دور التعبير العاطفي في كتابات المراهقين من الوالدين مع مرض السرطان) كانت الدراسة تهدف إلى معرفة دور التعبير العاطفي في كتابات الأطفال المراهقين من الآباء والأمهات مع مرض السرطان. وكانت عينة الدراسة تتكون من (ن = ٤٠) والذين تتراوح أعمارهم من سن (١٢-١٨) عام وتم اختيار العينة عشوائيا، وذلك للكتابة في (٣) محاور أساسية عن أفكارهم ومشاعرهم بشأن السرطان والديهم (حالة تجريبية)، الصحة الجسدية (أي زيارات الطبيب، الغياب المدرسي، الأعراض الجسدية)، والمتغيرات الصحة النفسية (الاكتئاب، والقلق، والعاطفة الإيجابية، العاطفة السلبية، الصدمة)

وأوضحت الدراسة أن عينة الدراسة تعانى من وجود أعراض للقلق والاكتئاب بدرجة عالية.

١٧- دراسة (Scagliola, et, al, 2011)

كانت الدراسة بعنوان(استكشاف قوة الشخصية والرضا عن الحياة لدى أطفال مرضى السرطان) وكانت الدراسة تهدف إلى معرفة زيادة صعوبات التكيف عند أطفال مرضى السرطان، وقد استخدم الباحث المقابلات شبه المنظمة والاستبيانات، وقد تم تحليل تدوين مقابلة باستخدام تحليل المحتوى، وظهرت أربعة فئات مهمة فيما يتعلق بالرضا عن الحياة للمشاركين من

أطفال مرضى السرطان وتتمثل في عدم قدرة المشاركين على المشاركة في الأنشطة بسبب العلاج، والصحة، والصعوبات المتعلقة العلاج، والمساندة الاجتماعية.و أثبتت الدراسة أن أطفال مرضى السرطان يعانون من اكتئاب وقلق وتوتر ما بعد الصدمة.

١٨- دراسة (Connell, 2012)

كانت الدراسة بعنوان(آثار المخيم الصيفي على احترام الذات ومفهوم الذات لدى أطفال مرضى السرطان) وكانت تهدف الدراسة إلى معرفة الآثار النفسية المترتبة على فور تشخيص مرض السرطان لدى الأطفال، أيضا معرفة الآثار النفسية المترتبة على التغيرات الجسدية لدى أطفال مرضى السرطان.و كانت عينة الدراسة من سن (٨-١٨) عام وأثبتت الدراسة أن هؤلاء الأطفال يعانون من مشاعر سلبية ومشاعر حزن كثيرة وانخفاض في تقدير الذات وانخفاض في مفهوم الذات ومعاناة من الاكتئاب.

***

تعقيب على المحور الأول:

من خلال عرض الدراسات السابقة الخاصة بالمحور الأول والذي يتناول الشعور بالاكتئاب لدى أطفال مرضى السرطان نجد أن هذه الدراسات قد تدرجت من حيث:

١- الأهداف:

بدأت الدراسات بتناول متغير الشعور بالاكتئاب لدى أطفال مرضى السرطان وذلك بهدف التأكد من معرفة الآثار النفسية المترتبة على إصابة الأطفال بمرض السرطان.

٢- الأدوات:

بالرغم من أن الدراسات السابقة تناولت الشعور بالاكتئاب إلا أنها اعتمدت على أدوات مختلفة في قياس ذلك حيث اعتمد بعض الباحثين على مقياس الاكتئاب والبعض الآخر اعتمد على التقارير وآخرين اعتمدوا على الملاحظة، وبعض الباحثين اعتمدوا على المقابلة والبعض الآخر أعتمد على الاستبيانات.

٣- النتائج:

بالرغم من تنوع الأدوات والأهداف إلى أنه لم تختلف الدراسات في النتائج التي توصلت إليها حيث اتفقت النتائج على ارتفاع أعراض الاكتئاب لدى الأطفال المصابين بالسرطان.

***

ثانيًا: الدراسات السابقة الخاصة بقلق الموت عند أطفال مرضى السرطان:

في حدود علم الباحث فلم يجد دراسات خاصة بقلق الموت عند أطفال مرضى السرطان في عُمر(١٢-١٥) عاما، ولذلك اضطر الباحث إلى استخدام بعض الدراسات الخاصة بقلق الموت ولكن في عُمر مختلف عن عُمر العينة وذلك لتوضيح قلق الموت بشكل عام عند أطفال مرضى السرطان.

١- دراسة (خالد النجار، ٢٠٠٥)

الدراسة كانت بعنوان(استخدام الرسم في التعرف على أبعاد البناء النفسي لدى الأطفال ذوي الأمراض المزمنة)، الدراسة استهدفت التعرف على بعض أبعاد البناء النفسي لدى الأطفال ذوى الأمراض المزمنة(السرطان-القلب-السكر) وتم استخدام الأدوات الآتية (اختبار الرسم الحر، اختبار رسم الأسرة، اختبار رسم الرجل، استمارة دراسة الحالة)، كان حجم العينة(٩) أطفال وكان يتراوح عُمر العينة(٥-٧) سنوات، وقد توصلت الدراسة من خلال تحليل رسوم الأطفال مرضى السرطان إلى عدم رسم الأطفال مرضى السرطان لأنفسهم ضمن رسمهم لأفراد الأسرة وحينما كان يسأل الباحث الطفل عن سبب عدم رسم نفسه فكانت الإجابة " لأنني ميت" أو "لأنني سأموت"أو "أنا هأموت لكن هما لا" فإدراك الطفل للموت بل والتهيؤ له كان من أكثر الخبرات التي أثارت دهشة الباحث، فالأطفال يدركون أنهم إذا استيقظوا في الصباح ولم يجدوا أحدًا من الأطفال على سريره فيفسرون ذلك بأنه قد مات، حتى ما جاء في رسوم الأطفال يعبر عن عدم شعورهم بالوجود وأنهم ماتوا بالفعل.

٢- دراسة (عزه عبد الحميد، ٢٠٠٥)

الدراسة كانت بعنوان (الاضطرابات النفسية وعلاقتها ببعض المتغيرات لدى عينة من التلاميذ المصابين بالسرطان-دراسة مقارنة) وكانت تهدف الدراسة إلى التعرف على الفروق بين الأطفال الأصحاء والأطفال المصابين بالسرطان في الاضطرابات النفسية(قلق الموت-الاكتئاب-

الانطواء–العدائية) وذلك باستخدام مقياس قلق الموت، ومقياس الاضطرابات النفسية، وكان يتراوح حجم العينة(١١٩) طفلا مصابا بالسرطان، (١٦٠) طفلا من الأصحاء، حيث استخدمت الباحثة المنهج الوصفي الإرتباطي في دراستها، وقد توصلت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الأطفال المصابين بالسرطان ومتوسطات درجات الأطفال الأصحاء على مقياسي قلق الموت والاكتئاب وذلك لصالح الأطفال المصابين بالسرطان.

٣- دراسة (Kvist, et al,2010)

الدراسة كانت بعنوان(العدوان: رد الفعل السائد لدى الأطفال المصابين بالسرطان) وكانت تهدف الدراسة إلى معرفة ردود الفعل النفسية لدى الأطفال مرضى السرطان ممن يتلقون علاجا كيماويا، وكان حجم العينة (٥٣) طفلا، ويتراوح عُمر العينة(٦-٩) سنوات من المصابين بمرض السرطان، وأشارت النتائج إلى وجود ردود أفعال نفسية والتي اشتملت على العدوان، الكبت، اضطرابات تناول الطعام، الحساسية المفرطة، القلق، القلق من الموت.

٤- دراسة (Hakami.2010)

كانت الدراسة من أجل التعرف على المشكلات النفسية لدى الأطفال المصابين بالسرطان، وتم إجراء عدة مقابلات إكلينيكية مع مجموعة من الأطفال وكان يتراوح حجم العينة(٣٥) طفلا وكان يتراوح عُمر العينة من (٦-١٧)عاما، وقد أوضحت نتائج الدراسة إلى أن الكبت، القلق من الموت يُعدان من أهم الآثار النفسية المترتبة على الإصابة بمرض السرطان.

***

تعقيب على المحور الثاني:

من خلال عرض الدراسات السابقة الخاصة بالمحور الثاني والذي يتناول الشعور بقلق الموت لدى أطفال مرضي السرطان نجد أن هذه الدراسات قد تدرجت من حيث:

١- الأهداف:

بدأت الدراسات بتناول متغير الشعور بقلق الموت لدى أطفال مرضى السرطان.

٢- الأدوات:

بالرغم من أن الدراسات السابقة تناولت الشعور بقلق الموت إلا أنها اعتمدت على أدوات مختلفة في قياس قلق الموت لدى أطفال مرضى السرطان فبعض الباحثين اعتمد على المقابلات الإكلينيكية والبعض الآخر استخدم مقياس قلق الموت واعتمد الآخرين على مقياس قلق الموت واختبار الرسم الحر ورسم الأسرة.

٣- النتائج:

بالرغم من تنوع الأهداف والأدوات إلا إنه لم تختلف الدراسات في النتائج التي توصلت إليها حيث اتفقت على أن أطفال مرضى السرطان يعانون من ارتفاع شعور قلق الموت.

***

ثالثًا: الدراسات السابقة الخاصة بالمساندة الاجتماعية عند أطفال مرضى السرطان.

١- دراسة (Kubar,1999)

كانت تهدف الدراسة إلى معرفة العلاقة بين الخصائص الفردية وخصائص المرض والمتغيرات النفسية والاجتماعية للأطفال مرضى السرطان، وأدرجت مجموعة من الأطفال الأصحاء للمقارنة بين أطفال مرضى السرطان والأطفال الأصحاء في المتغيرات النفسية والاجتماعية، وكانت عينة الدراسة تتكون من(١٧٥) تتراوح أعمارهم من سن (٥-١٢) عاما، والمعلومات تم جمعها من خلال الآباء والعاملين في المجال الطبي والأطفال وذلك من خلال ردودهم على الاستبيانات ؛ وأوضحت نتائج الدراسة أن عينة البحث من الأطفال المصابين بمرض السرطان كانوا أسوأ في التوافق الاجتماعي، انخفاض في مستويات المساندة الاجتماعية من الأصدقاء، ومستوى مرتفع من القلق الاجتماعي وذلك يعد متناقضا مع

الأطفال الأصحاء؛ وأوضحت النتائج أيضا لجميع الأطفال (أن هناك علاقة بين ارتفاع مستويات المساندة الاجتماعية وانخفاض مستويات القلق الاجتماعي وتكيف اجتماعي أفضل، وأن الأطفال الذين لديهم مستوى عال من القلق الاجتماعي، وتكيف اجتماعي أقل كان لديهم مساندة اجتماعية محدودة من ناحية الأصدقاء).

٢- دراسة (Murray,2000)

دراسة استطلاعية وصفية الهدف منها معرفة تصورات المساندة الاجتماعية المقدمة من الأشقاء مقارنة بالمساندة الاجتماعية المقدمة من الآباء لعينة من أطفال مرضى السرطان، وكان حجم العينة(٥٠) طفلا من المصابين بمرض السرطان وأهاليهم، واستخدم استبيان المساندة الاجتماعية للوالدين والأشقاء؛ وأوضحت النتائج أن تدخل الأشقاء الفعال وتوفير الدعم العاطفي أكثر فائدة للأشقاء المصابين بالسرطان، وأن تدخل الوالدين الفعال لتوفير الدعم العاطفي مفيد لأبنائهم المصابين بالسرطان.

٣- دراسة (DeLong,2000)

كان الهدف من الدراسة هو(إعادة الدمج الناجح للأطفال المصابين بالسرطان بالمدرسة) وكانت أهم عقبة أمام الدمج الناجح هو الأصدقاء، وأيضا عدم تقديم الدعم الاجتماعي بشكل مناسب من الأصدقاء إلى صديقهم المصاب بمرض السرطان وقد يكون ذلك نتيجة لعدم المعرفة الكاملة حول مرض السرطان، ودعم الأصدقاء يعد المؤشر القوي على الأداء النفسي والاجتماعي للطفل المصاب بالسرطان في معظم المواقف والسلوكيات التي يقوم بها الطفل المصاب بالسرطان؛ ولذلك تم تصميم برنامج الهدف منه إعادة الدمج المدرسي الناجح للأطفال المصابين بالسرطان، وزيادة المساندة الاجتماعية للأطفال المصابين بالسرطان من ناحية زملاء المدرسة؛و كانت عينة الدراسة طفلين أحدهم في الصف التاسع والأخر في الصف العاشر وشارك في الدراسة (١٧٢) من زملائهم في المدرسة و(٦) من معلميهم،وقد استخدمت الاستبيانات المتعلقة بالمعرفة الطبية عن مرض السرطان، اتجاه التعامل في المواقف مع الأطفال المصابين بالسرطان، وذلك قبل عرض

البرنامج وكان البرنامج يحتوى على معلومات خاصة بالسرطان، وكيفية التعامل مع الأطفال المصابين بمرض السرطان، وتم استخدام استبيان خاص بجدوى العرض، وأوضحت الدراسة أن اكتساب معرفة كبيرة لزملاء الدراسة في المدرسة بعد العرض التقدمي عن السرطان في مجال التشخيص، والتعريف، والأسباب، وطريقة العلاج، والآثار الجانبية، استعداد الأصدقاء في التعامل والتفاعل مع أطفال مرضى السرطان من خلال المكون العاطفي والسلوكي معا، ولم تنطوي المواقف على قلق، خوف من ناحية الأطفال المصابين بالسرطان أو من ناحية أصدقائهم في المدرسة.

٤-دراسة (Conrad,2004)

كان الغرض من الدراسة هو تقييم المساندة الاجتماعية المقدمة للأطفال المصابين بالسرطان في المعسكرات الصيفية، ويتراوح عُمر العينة من(٩-١٩) عام، واستخدم مقياس المساندة الاجتماعية للطفولة مع عينة الدراسة، وكانت الدراسة تقوم على(٣) أسئلة رئيسية وهم١- ما هو مستوى التكيف للأطفال بعد المعسكر؟ ٢- ما هو مستوى الدعم الملموس من الناحية العاطفية وتعزيز الثقة بالنفس الذي تلقاه الطفل بالمعسكر؟ ٣-هل هناك علاقة بين مستوى التكيف ومقدار الدعم الذي تلقاه الطفل في المعسكر؟) وأوضحت الدراسة أن هناك ارتباط ملموس بين المساندة الاجتماعية الذي حصل عليه الطفل ومستوى التكيف.

٥- دراسة (Woodgate,2006)

كان الهدف من هذه المقالة توضيح التحديات التي يواجها المراهقون المصابون بالسرطان وإلى أي مدى هم قادرون على مواجهة تلك التحديات من خلال نظام المساندة الاجتماعية، وأجريت مقابلات بشكل فردي، ومقابلات بشكل جماعي، الملاحظة بالمشاركة، مع(١٥) حالة من المراهقين المصابون بالسرطان؛ وكانت مصادر المساندة من خلال (٣) مصادر رئيسية في حياة المراهق المصاب بالسرطان وهم(العلاقة مع العائلة، العلاقة مع أعضاء فريق الرعاية الصحية، العلاقة مع الأصدقاء)، وأوضحت أن(٣) العلاقات الرئيسية مدعمة وضرورية للمراهق المصاب بالسرطان، وكانت

هذه العلاقات في بعض الأحيان مصدرا للإجهاد للمراهقين المصابين بالسرطان.

٦- دراسة (Cassano,2008)

كان الهدف من الدراسة هو استكشاف تصورات المراهقين المصابين بمرض السرطان لمجموعة المساندة الاجتماعية التي تقدم المساندة للمراهقين المصابين بالسرطان، واستخدمت الدراسة الأسلوب الوصفي في البحث فكانت الدراسة وصفية، كان حجم العينة (١١) مشاركا واستخدم معهم أسلوب المقابلة الشخصية، وتتراوح أعمارهم بين(١٤-٢٠) عاما، وأظهرت المقابلات موضوعين رئيسين وهما: التحديات المرضية، عناصر المجموعة التي تقدم المساندة في سن المراهقة للمصابين بمرض السرطان؛ وأشارت نتائج الدراسة أن المساندة الاجتماعية تساعد المراهق المصاب بالسرطان على الاتصال المستمر مع أقرانهم أثناء رحلة العلاج.

٧- دراسة (Corey,2008)

هدفت الدراسة لوصف العلاقات بين الأصدقاء، والأسرة، ودعم مقدمي الرعاية الصحية الاجتماعية للألم والتعب والمزاج المكتئب، والأرق للمراهقين المصابين بالسرطان، وكانت الأهداف المحددة للدراسة لوصف العلاقات من (٣) مصادر مستقلة للمساندة الاجتماعية المقدمة من الأصدقاء، والأسرة، ومقدمي الرعاية الصحية والاجتماعية لأعراض ذات الصلة بالألم والتعب والمزاج المكتئب، والأرق.

٨- دراسة (Baruch,2010)

كانت تهدف الدراسة إلى تعزيز القدرة على التكيف النفسي والاجتماعي وتخفيف المعاناة للأطفال الذين يتلقون علاج السرطان، وذلك من خلال برنامج تم تصميمه للأطفال، وفيه يتلقى الأطفال الخرز الملون التي تشكل الرموز المرئية للإجراءات الكثيرة التي تواجه الطفل أثناء علاج السرطان، وتكونت عينة الدراسة من (٧٠) طفلا، وشملت الدراسة مقابلات مع الأطفال، والأطباء المعالجين، وأولياء الأمور، ومجموعة من الفنانين، وكان يقوم البرنامج على الفرح والتشجيع وتقديم المساندة الاجتماعية للأطفال

الذين يتلقون علاج السرطان، وأوضحت النتائج أن عينة الدراسة التي تلقت المساندة الاجتماعية لقد انخفض لديها عوامل الخطر من المرض، ولقد زادت لديها الدافعية لمواجهة المرض، وأوضحت الدراسة دور الفنون في البرامج الصحية لتخفيف المعاناة عند الأطفال المصابين بالسرطان ومساعدة الأطفال في التأقلم مع المرض.

٩- دراسة (Roy,2010)

كانت تهدف الدراسة إلى معرفة الإجهاد الشديد الذي يسببه مرض السرطان لأسرة طفل مريض بالسرطان، فبعد التشخيص تصاب الأسرة (بصدمة وارتباك والتحول في السلوك والإدراك ومواجهة الضغوط ويقل الدعم الخارجي وأنهم أجبروا على أي خيار تم اختياره وفقا للموقف الذي هم فيه ويسبب لهم تشخيص غبنهم بالسرطان ضغط كبير)، وكان حجم العينة (٦) أطفال مصابين بالسرطان من أسر مختلفة، وتم استخدام أسلوب المقابلة مع كل الحالات، ولذلك سعت الدراسة من خلال تقديم المساندة الاجتماعية للطفل المصاب بالسرطان من أسرته فان ذلك يساعد الطفل على مواجهة المرض بقوة وبتحدي.

١٠- دراسة (Elwell,2011)

سعت الدراسة الحالية لاستكشاف أنواع المساندة الاجتماعية التي تقدم للمراهقين المصابين بالسرطان وذلك عن طريق الحاسب الآلي، وتم ترميز ثلاث مئة وثلاثة وتسعين من الرسائل المرسلة إلى مجموعة الدعم الحاسوبية الموجهة إلى المراهقين المصابين بالسرطان وتقديم الدعم العاطفي للمصابين بالسرطان وبعد ذلك تم تحليل موضوعي للرسائل، وكشف التحليل الموضوعي عن حالات متكررة من توفير المساندة المعلوماتية والعاطفية وشملت بعض المواضيع الفرعية مثل 'مخاوف العلاج'، 'فقدان الأصدقاء' و'المعاناة في المدرسة، وأوضحت الدراسة أن المراهقين في احتياج دائم للمساندة الاجتماعية، وخلصت الدراسة إلى أن العاملين في مجال الصحة يحتاجون إلى تفصيل الخدمات النفسية والاجتماعية التي تقدم للمرضى المراهقين حتى يتم تقديمها بشكل أفضل.

١١- دراسة (Ruch,2012)

تهدف الدراسة إلى استكشاف الاحتياجات العاطفية والنفسية للمراهقين الذين يعانون من مرض السرطان، وتتكون عينة الدراسة من (٥) مراهقين فقط، وقد تم استخدام أسلوب المقابلة لتحديد احتياجات المراهقين، وأوضحت الدراسة أنه بعد التشخيص يعانى المراهق من صدمه، وغيرها من الاضطرابات العاطفية، وكانت الموضوعات الرئيسية في الدراسة اشتملت على (تزويد المراهق بالمزيد من المعلومات حول مرض السرطان وطريقة علاجه، آليات التعامل النفسي الإيجابي لمعالجة السلبيات، تعلم العائلة كيفية التعامل مع المصاب بالسرطان، مدى احتياج المصاب للدعم العاطفي والنفسي والاجتماعي)، وأوضحت الدراسة أن المساندة الاجتماعية والعاطفية التي تتم للمراهق المصاب بالسرطان تساعده على تقبل المرض ومواجهه المرض أيضًا.

١٢- دراسة (Ulicny,2012)

كانت الدراسة بعنوان (أثر أداء الأسرة والأشقاء، ودعم الأقران، ودعم المعلمين على أداء الأطفال المصابين بمرض السرطان).عندما يتم التشخيص أن أحد أفراد الأسرة يعاني بالسرطان، وعندما يكون ذلك الفرد هو أحد الأطفال فان جميع الأسرة تتأثر سواء الوالدين أو الأشقاء، وغالبا يحدث انخفاض في مستوى التحصيل الدراسي، وكانت الدراسة تهدف إلى دراسة تأثير أداء الأسرة، والمساندة الاجتماعية من الأصدقاء والمعلمين، وأوضحت الدراسة أن دعم الأسرة والأصدقاء والمعلمين أمر هام بالنسبة للأطفال المصابين بالسرطان لمواجهة المرض وارتفاع مستوى التحصيل الدراسي.

١٣- دراسة (David,2012)

كان الهدف من هذه الدراسة هو تقييم الاحتياجات من المساندة النفسية والاجتماعية في سن المراهقة لمرضى السرطان الذين يخضعون للعلاج، وتم استخدام مقابلات أجرتها مع المجموعة هدفها التركيز لتشجيع الحوار وجمع البيانات الوفيرة، وقد تم تحليل النصوص من خلال الترميز وتحليل المحتوى المفتوح وقد تم تحديد المواضيع الناشئة من حيث التوترات النفسية

والضغوطات الخارجية وتصنيفها والهموم الذاتية، وأوضحت النتائج أن عينة الدراسة أشارت إلى الرغبة في الحفاظ على هويتهم كأفراد واستئناف حياتهم بطريقة طبيعية قدر الإمكان في جميع مراحل عملية العلاج وبعد العلاج أيضا واعتبر دعم الأقران مهم لتحقيق هذا الهدف، وأبدى المشاركون شعور واضح للوحدة وتماسك طول فترة الدراسة مع اقتراحات أنهم يعتبرون أنفسهم أن يكونوا مختلفون جدا عما يجيش في خاطرهم باسم "مرضى السرطان المعتاد" الخلاصة: المساندة النفسية والاجتماعية هو أمر حيوي لتعافي النفس ورفاهية شباب مرضى السرطان في مرحلة المراهقة.

***

تعقيب على المحور الثالث:

من خلال عرض الدراسات السابقة الخاصة بالمحور الثالث والذي تناول المساندة الاجتماعية لدى أطفال مرضى السرطان نجد أن هذه الدراسات قد تدرجت من حيث:

١- الأهداف:

كانت الدراسات بهدف التأكد من النتائج المترتبة على تقديم المساندة الاجتماعية لدى أطفال مرضى السرطان.

٢- الأدوات:

بالرغم من أن الدراسات السابقة تناولت المساندة الاجتماعية إلا أنها اعتمدت على أدوات مختلفة في قياس أثر المساندة الاجتماعية المقدمة لأطفال مرضى السرطان فبعض الباحثين اعتمد على المقابلة الفردية والبعض الآخر اعتمد على المقابلة الجماعية والملاحظة، واعتمد الآخرين على مقياس المساندة الاجتماعية والاستبيانات.

٣- النتائج:

بالرغم من تنوع الأهداف والأدوات إلا أنه لم تختلف الدراسات في النتائج التي توصلت إليها حيث اتفقت على أن للمساندة الاجتماعية أثر فعال في مواجهة مرض السرطان من ناحية الأطفال.

تعقيب عام على المحاور الثلاثة السابقة:

من خلال عرض المحاور الثلاثة للدراسات السابقة فسوف يتم عرض مدى الاستفادة من تلك المحاور في تحديد مجموعة من النقاط يتم عرضها كالتالي:

أ- من حيث المنهج.

ب- من حيث الأدوات.

***

أ-من حيث المنهج:

اتفقت هذه الدراسة مع الدراسات السابقة التي تعتمد على المنهج الإرتباطي المقارن، حيث يتم تطبيق المقاييس الخاصة بمتغيرات الدراسة وذلك لمعرفة مدى ارتباط بعض متغيرات الدراسة بعضها ببعض، ومعرفة مدى الفروق بين الذكور والإناث لدى عينة الدراسة من الأطفال المصابين بسرطان الدم الحاد.

ب-من حيث الأدوات:

اعتمد الباحث في اختيار أدوات الدراسة على قياس الشعور بالاكتئاب على مقياس (غريب عبد الفتاح "الصورة الفصحى"، ١٩٩٢) والذي يتناسب مع أفراد العينة، وأثبتت الدراسات التي استخدمت هذا المقياس مدى نجاحه في تحديد الشعور بالاكتئاب لدى أطفال مرضى السرطان بمستشفى ٥٧٣٥٧ مثل دراسة (محمود عبد الرحمن، ٢٠١٢)، ولذلك سوف يعتمد الباحث في أدواته على هذا المقياس. ولقد قام الباحث بإعداد مقياس خاص بالمساندة الاجتماعية لأطفال مستشفى ٥٧٣٥٧ وأضاف الباحث إليه بُعد جديد وهو بُعد المتطوعين، وقام الباحث أيضا بإعداد مقياس قلق الموت وذلك لعدم ملائمة المقاييس التي استخدمت في الدراسات السابقة مع عينة الدراسة، ولذلك سوف يعتمد الباحث في أدواته على (مقياس الاكتئاب، مقياس قلق الموت، مقياس المساندة الاجتماعية) إلى جانب استمارة بيانات أولية من إعداد الباحث، واستمارة المستوى الاقتصادي والاجتماعي من إعداد (جمال شفيق، ١٩٩٨) وذلك لضبط العينة.

رابعًا: فروض الدراسة :

لقد استفاد الباحث من الدراسات السابقة في وضع الفروض الخاصة بدراسته الحالية وهي كالتالي:

١-لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين درجات المساندة الاجتماعية وقلق الموت لدى عينة من أطفال مرضى السرطان.

٢- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين درجات المساندة الاجتماعية والاكتئاب لدى عينة من أطفال مرضى السرطان.

٣- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الذكور والإناث المصابين بمرض السرطان على مقياس المساندة الاجتماعية.

٤- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الذكور والإناث المصابين بمرض السرطان على مقياس الاكتئاب.

٥- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الذكور والإناث المصابين بمرض السرطان علي مقياس قلق الموت.

{}{} {}{}

الفصل الثالث

منهج وإجراءات الدراسة

تمهيد

أولا: منهج الدراسة.

ثانيًا: إجراءات الدراسة.

- عينة الدراسة.
- أدوات الدراسة.
- خطوات وإجراءات التطبيق.
- الصعوبات التي واجهت الباحث أثناء التطبيق.
- الاعتبارات الأخلاقية التي راعاها الباحث أثناء التطبيق.
- المعالجات الإحصائية.

***

تمهيد:

بعد الانتهاء من عرض الإطار النظري الخاص بمتغيرات الدراسة الحالية، وأيضا عرض الدراسات السابقة المرتبطة بتلك المتغيرات وتحديد فروض الدراسة، سوف يتناول الباحث في هذا الفصل الإجراءات المنهجية والميدانية للدراسة والتي تتضمن وصف العينة التي قامت عليها الدراسة (و ما تشمل عليه من وصف العينة وشروطها ومبررات اختيار مكان العينة)، وأيضا عرض الأدوات المستخدمة في الدراسة، وكذلك أيضا الخطوات الإجرائية والميدانية لتنفيذ الدراسة والصعوبات التي واجهت الباحث عند التطبيق، وأخيرا الأساليب الإحصائية المستخدمة في معالجة البيانات للوصول إلى النتائج.

***

أولاً: منهج الدراسة :

تهدف الدراسة الحالية إلى التعرف على(مدى العلاقة بين المساندة الاجتماعية والاكتئاب وقلق الموت لدى عينه من أطفال مرضى السرطان). وبناءا على ذلك تم استخدام المنهج الإرتباطي. ويقوم المنهج الإرتباطي على دراسة العلاقة بين متغيرين أو أكثر وذلك لتوضيح مدى العلاقة والإرتباط بين المتغيرات. حيث قام الباحث بتطبيق مقياس المساندة الاجتماعية والاكتئاب وقلق الموت على أطفال مرضى السرطان وأيضا ملء استمارة المستوى الاقتصادي والاجتماعي على العينة وملء استمارة البيانات الأولية، وبعد مرور (٢١) يوم تم تطبيق المقاييس مرة أخرى وذلك لحساب ثبات المقاييس التي أعدها الباحث.

***

ثانيًا: إجراءات الدراسة :

* عينة الدراسة.
* أدوات الدراسة.
* خطوات وإجراءات التطبيق.
* الصعوبات التي واجهت الباحث أثناء التطبيق.
* الاعتبارات الأخلاقية التي راعاها الباحث أثناء التطبيق.
* المعالجات الإحصائية.

***

* عينة الدراسة

سوف يتم وصف العينة من خلال النقاط الآتية:

أ- عدد أفراد العينة.

ب- مدخل للعينة.

ج- مبررات اختيار المكان.

د- خطوات اختيار عينة الدراسة.

ه- مواصفات اختيار عينة الدراسة.

و - خصائص عينة الدراسة.

أ- عدد أفراد العينة:

تكونت عينة الدراسة الحالية في صورتها النهائية من عدد (١٠٠) طفل (٥٠) من الذكور و(٥٠) من الإناث تراوحت أعمارهم من سن (١٢-١٥)عام والذين يعانون من سرطان الدم الحاد.

ب- مدخل للعينة:

يعتبر مرض السرطان من الأمراض الخطيرة والتي تستمر مع الطفل فترة طويلة ويكون علاجهم ما بين علاج كيماوي أو إشعاعي أو جراحة أو زرع نخاع..... الخ من طرق العلاج ولذلك يكون هؤلاء الأطفال في أمس الحاجة إلى رعاية طبية ونفسية واجتماعية في آن واحد تناسب طبيعتهم وطبيعة مرضهم الذي يعانون منه.

الطفل المريض بسرطان الدم الليمفاوي الحاد في عينة البحث هو طفل يمر بعدة مراحل من بداية تشخيصه بالسرطان وحتى نهاية علاجه حيث تبدأ رحلة تشخيص المرض عن طريق ملاحظة الطبيب المعالج لعدة أعراض من شأنها أن تكون أعراض سرطان الدم مثلا كارتفاع درجة الحرارة لعدة أيام وتكون الإستجابة للمضادات الحيوية ضعيفة أو تكون نزيف دموي من اللثة مثلا أو نزيف دموي تحت الجلد أو تضخم ملحوظ في الغدد الليمفاوية، فيقوم الطبيب بأخذ عينة دم ويقوم بعمل صورة دم كاملة ويلاحظ فيها وجود خلايا سرطانية ولكنه لا يستطيع أن يميز نوع الخلايا بالتحديد، ولذلك يقوم بتحويل الطفل إلى مستشفى متخصصة في علاج الأورام السرطانية.

وفي المستشفى يتم عمل صورة دم كاملة ثانية للتأكد من وجود الخلايا السرطانية في الدم ومن خلال النتيجة إذا كانت إيجابية يتم أخذ عينة من النخاع العظمي للطفل(و هنا يتم تخدير الطفل كليًا) وتحليله بعدة طرق منها الكيمياء الخلوية والوراثة الخلوية والتشخيص الجزيئي ومؤشر الحمض النووي وذلك لمعرفة نوع الخلايا ودرجة نموها وذلك للتأكد من إنها سرطان الدم الليمفاوي الحاد. ويتم أيضا أخذ عينة من السائل الشوكي للطفل عن طريق (حقنة الظهر) لتحليله للتأكد من وجود أو عدم وجود خلايا سرطانية

بالسائل الشوكي، وبالإضافة لذلك يتم عمل فحوصات بدنية للطفل متعلقة بسرطان الدم منها تعيين حجم الكبد والطحال والغدد الليمفاوية والخصية والقلب (بالموجات فوق الصوتية)وأشعة للصدر (x-ray) وأشعة مقطعية (رنين مغناطيسي) على المخ وتحليل وظائف كلى ووظائف الكبد.

ثم يبدأ الطفل في العلاج ويكون العلاج على ثلاثة مراحل وهي مرحلة (الثبات والاستقرار) ثم مرحلة (التوطيد) ثم مرحلة (الاستمرار)، ويمكث الطفل في المستشفى في المرحلة الأولى فترة تتراوح من(٦ – ٧) أسابيع يتم فيهم عمل بذل للنخاع مرتين إلى ثلاث مرات ويتم عمل بذل للسائل الشوكي من(٢ إلى ٤) مرات، ويتم أخذ العلاج الكيماوي من أقراص وحقن وريدي وحقن عضلي حسب بروتوكول العلاج (Total XV)، وفي المرحلة الثانية يتم أخذ جرعة العلاج الكيماوي (بالتنقيط الوريدي على مدار ٢٤ ساعة متواصلة) كل أسبوعين وذلك حسب البروتوكول العلاجي، وفي المرحلة الأخيرة يأخذ المريض جرعة العلاج الكيماوي كل أسبوع لمدة (١٢٠أسبوع) للإناث و(١٤٦ أسبوع) للذكور وذلك حسب البروتوكول العلاجي.

وبطبيعة الحال فان العلاج الكيماوي وكذا سرطان الدم الليمفاوي الحاد يتسبب في إنقاص المناعة الطبيعية بدرجة من المحتمل أن تكون خطيرة على سلامة الطفل ولذلك يأخذ الطفل مضادات حيوية ومضادات فطرية ومضادات فيروسية لعلاج أي ميكروب. وفي المقابل الأعراض الجانبية المحتمل حدوثها للعلاج الكيماوي ومن ضمنها حالات نقص المناعة الشديدة، سقوط الشعر، غثيان، قيء، فقدان الشهية،قرحة بالمعدة تأخر في التئام الجروح، نزيف، تجلط الدم، انسداد رئوي، ارتفاع السكر في الدم، ارتفاع إنزيمات الكبد، ارتفاع ضغط الدم، اضطرابات الحيض، إسهال، إمساك، تلف في الأنسجة، صداع.

ونتيجة لكل هذه المؤثرات التي يواجهها الطفل تحدث له اضطرابات نفسية وسلوكية نتيجة التأثير المباشر والضغط المباشر عليه ونتيجة للضغط الغير مباشر الواقع على والديه وخاصة أمه بسببه وبسبب مرضه.

ج- مبررات اختيار المكان:

اختار الباحث مستشفى ٥٧٣٥٧ للأسباب الآتية:

تمهيد:

يعد مستشفى سرطان الأطفال من أكبر المشاريع الصحية في مجال علاج أورام الأطفال السرطانية، حيث كان حلم لملايين المصريين وجود مكان آمن، وعلى مستوى مرتفع من الجودة لعلاج أطفالهم من هذا المرض اللعين دون تحمل مشقات العلاج وتكاليفه الباهظة، فيموت الأطفال المصابون دون أن يجدوا العلاج والرعاية الملطفة لهم لعدم المقدرة المالية، أو عدم توفر المكان الملائم والخبرات ذو الكفاءة لعلاجهم وقد وضع مستشفى سرطان الأطفال معايير جديدة لمستوى الرعاية الصحية، كما فتح المجال للعمل الخيري في أحد أهم المشروعات الصحية المتخصصة بمصر.(CCHE, 2010).

نبذة تاريخية:

أنشئ مستشفى سرطان الأطفال على غرار مستشفى الأبحاث الأمريكي سان جود في ممفيس تنيسي بالولايات المتحدة الأمريكية (St.jude Hospital) لنفس التخصص، وحصل مستشفى (٥٧٣٥٧)على التمويل اللازم لبنائه من خلال تبرعات المصريين والعرب والأجانب ويعتمد المستشفى إلى حد كبير على استمرارية هذه التبرعات والمساندات المالية والعينية المختلفة في مرحلتي الإنشاء والتشغيل وقد تصدى لجمع التبرعات كلاً من السيدة/ سوزان مبارك والكابتن محمد أبو تريكة لاعب النادي الأهلي وحملة الطالب المصري، فقد كانت فكرة الإنشاء منذ أن كان هناك قسم للأطفال بالمعهد القومي للأورام مزود به ثمان أسرة، ومع ازدياد نسبة الأطفال المصابين بالسرطان، وعدم قدرة المعهد القومي للأورام على استيعاب هذا الكم الهائل من المرضى وموت الكثير من الأطفال المصابين لقلة الإمكانات، بدأت عام (١٩٩٩) فكرة إنشاء مستشفى لعلاج أورام الأطفال بمصر(CCHE,2010)). وبنهاية النصف الأول من نفس العام خصصت محافظة القاهرة قطعة أرض لصالح بناء المستشفى، وفي يوليو من نفس العام تم وضع حجر الأساس لبناء المستشفى، وفي يونيو من عام (٢٠٠٣) تم الانتهاء من بناء الهيكل الخارجي

للمستشفى، وفي عام (٢٠٠٤) تم إنشاء مؤسسة مستشفى سرطان الأطفال والمسئولة عن وضع خطة مالية تضمن استمرار المستشفى وتطورها من خلال التدريب في سبيل تقديم خدمات تشخيصية، وعلاجية، وتعليمية، وبحثية على أفضل المستويات وبدون مقابل لجميع المرضى. وبعد انتهاء مختلف الشركات الموكلة بالتشييد، والتجهيز، فتحت المستشفى بتاريخ (٢٠٠٧/٧/٧) أبوابها للمرضى بمرحلة تشغيل مبدئية (أربعون سرير) إلى أن وصل لقوة تشغيل (٢٠٠) سرير، وجاري التطوير للوصول إلى (٣٥٠) سرير للإقامة الدائمة لحين الانتهاء من مراحل العلاج المختلفة، هذا بخلاف عيادات اليوم الواحد، والتي يتم فيها تناول العلاج المخصص لبعض الحالات التي لا تحتاج للإقامة داخل المستشفى.http: //webcache.googleusercontent.com

التصميم الداخلي والخارجي للمستشفى:

يستخدم التصميم الداخلي الضوء الخارجي، وألوان الطلاء الزاهية بحيث يبعث على إحساس الأطفال بالتفاؤل، ورفع الروح المعنوية لهم، بحيث يتميز كل دور بلون محدد، فيستطيع أن يحدد المريض وعائلته مكانه بأي طابق بمجرد خروجه من المصعد، وروعي وجود الكثير من الألعاب بجميع مناطق الانتظار حتى لا يشعر الأطفال بالرهبة والقلق، والمبنى يتكون من الدور الأرضي وستة طوابق، وطابق تحت الأرضي (البدروم).

الطابق تحت الأرضي للمخازن، والمغسلة، والعديد من الأقسام الإدارية، والطابق الأول لعيادات اليوم الواحد، والصيدلية، والأشعة العلاجية، والطابق الأول خاص بالإدارة، والمكتبة المركزية، وقسم تكنولوجيا المعلومات، وقسم الخدمة النفسية، والعلاج الطبيعي، والأسنان، والقلب، والطب النووي، والأشعة التشخيصية، والدور الثاني خاص بالعمليات الجراحية، ووحدة العناية المركزة،بينما الأدوار من الثالث للسادس خاص بأدوار الإقامة للأطفال المرضى، وملحق بكل دور غرفة للألعاب الترويحية، وأخرى للمكتبة، وثالثة للخدمة الاجتماعية والنفسية، وتتميز المستشفى ببعض نقاط القوة عن المستشفيات الأخرى وهي:

- وجود صيدلية إكلينيكية تقوم بتجهيز بعض الأدوية، والتأكد من سلامة الأدوية من مختلف الشركات الموردة للمستشفى من خلال الأجهزة المختلفة المتوفرة بالصيدلية لهذا الغرض خصيصًا.
- و حدة علاج خارجية (علاج اليوم الواحد) تسمح باستيعاب من ٣٠٠ – ٤٠٠ طفل يوميًا.
- قسم للخدمة الاجتماعية والنفسية لمناقشة المرضى وذويهم في كيفية مواجهة المرض.
- وجود نظام لمتابعة العملية التعليمية مع الأطفال غير القادرين على متابعة العملية التعليمية بالمدرسة نتيجة لمرضهم.
- التصميم وفقاً لأحدث تقنيات مكافحة الأوبئة ومنع انتشار العدوى بالمستشفى.
- الطاقة الاستيعابية للمستشفى مائتي سرير قابلة للزيادة إلى ثلاثمائة وخمسين سرير.
- تصميم الأدوار بشكل دائري يسمح بمتابعة فائقة للمريض.
- الشكل الخارجي زجاجي يسمح بدخول أشعة الشمس لزيادة مناعة الأطفال التي تكون في أدنى مستوياتها مع جلسات العلاج الكيماوي والإشعاعي، وكذلك يساعد على توفير الطاقة من خلال توفير الإضاءة، وتقنين استخدام التكييف المركزي، وسهولة صيانة الزجاج. (CCHE,2010)

إضافة إلى ذلك أيضًا:

١- الباحث أحد أعضاء فريق قسم المتطوعين في المستشفى.

٢-هذه المستشفى قائمة على التبرعات وتُقدم فيها الخدمة العلاجية بالمجان وبذلك يفترض معها تقارب المستوى الاقتصادي والاجتماعي للأطفال.

٣- كثرة أعداد الأطفال المرضى المصابين بسرطان الدم الحاد في هذه المستشفى والذين تتوافر فيهم الشروط الخاصة بالدراسة.

٤- يوجد في المستشفى قسم متطوعين يقوم على تحسين الحالة النفسية للطفل والتعامل مع أهله وتخفيف الألم النفسي عن الطفل وأيضا التهوين على أسرته.

٥-مساعدة فريق البحث العلمي الخاص بالمستشفى، وكذلك مساعدة المتطوعين، وأيضا مساعدة الأطباء المسئولين والممرضات وأخصائي غرفة اللعب وأمين المكتبة للباحث.

د- خطوات اختيار عينة الدراسة:

١- ذهب الباحث إلى مستشفى ٥٧٣٥٧ وطلب منهم بخطاب موجه من الجامعة بأخذ الموافقة بالتطبيق.

٢- تم عرض ذلك الأمر على مسئول قسم البحث العلمي في المستشفى (أ.د شريف أبو النجا) رئيس اللجنة العلمية الاستشارية ونائب المدير العام لشئون البحث العلمي والتدريب، ووافق على موضوع البحث وتم تحويله على قسم البحث العلمي.

٣-قام الباحث بعمل سيمنار خاص بالدراسة داخل المستشفى أمام اللجنة العلمية وتمت الموافقة بفضل الله.

٤-الباحث أقام علاقة طيبة مع أطفال العينة حيث أنه أحد أفراد قسم المتطوعين وذلك القسم يمتاز بسمعة حسنة عند جميع الأطفال بالمستشفى.

٥-تم تحديد مواصفات لعينة الدراسة موضحة باستمارة جمع البيانات ثم ذهب بتلك المواصفات لمسئول البحث العلمي الخاص بسرطان الدم الحاد وتم توفير العينة حيث كانت العينة (١٠٠) طفل (٥٠) من الذكور و(٥٠) طفلة من الإناث تراوحت أعمارهم من سن(١٢-١٥) عام.

ه- مواصفات اختيار العينة:

أن يتم اختيار العينة وفقا للمواصفات التالية:

١-أن يتم اختيار عينة الدراسة من أطفال مستشفى (٥٧٣٧٥).

- وذلك لأن الباحث أحد أفراد قسم المتطوعين بمستشفى (٥٧٣٥٧).
- لأنها المستشفى الوحيدة المتخصصة في علاج سرطان الأطفال في مصر.
- لأنها تقدم خدمات العلاج بالمجان.
- لأنها تتميز برقي مستوى الخدمة فيها للأطفال المرضى.

٢-أن يتراوح عُمر عينة الدراسة من (١٢-١٥) عاما.

لندرة الدراسات السابقة -على حد علم الباحث- التي تناولت هذه المرحلة العمرية.

- لأنها مرحلة مراهقة وتكوين علاقات خارج الأسرة.
- لأنها مرحلة الجذابية الاجتماعية.

٣-أن يكون الطفل غير وحيد وله أخوة سواءً كانوا ذكور أو إناث أو من الجنسين.

- السبب في اختيار هذا الشرط هو أحد الحالات التي تعرض لها الباحث أثناء تطوعه في قسم المتطوعين بالمستشفى، وسنروي قصة الحالة ليتضح لماذا تم اختيار ذلك الشرط، وتتلخص الحالة في طفل، كان والده فلاح يعمل بالأجر اليومي، أما الأم فكانت ربة منزل، وكانت الحياة مستقرة لمعظم أفراد الأسرة، حيث كان للطفل خمسة من الأخوة

والأخوات جميعهم في المراحل التعليمية المختلفة، إلى أن أصيب هذا الطفل بالسرطان، وفي بداية الأمر كان الوالد يحضر مع الطفل للمبيت في المستشفى وتلقي العلاج، وبعد مرور عدد من الشهور من تلقي العلاج، وأثناء الاتصال مع ولي الأمر للحضور في موعد جرعة العلاج، رد قائلا " أنه لن يأتي مرة أخرى" فتوقع الجميع وفاة الطفل، وعندما طُلب ولي الأمر مرة أخرى للحضور

لإغلاق ملف الطفل، فوجئ الجميع أن الطفل ما زال على قيد الحياة، سألنا الوالد عن السبب في موقفه السابق فقال إن للطفل إخوة آخرين في مراحل التعليم المختلفة وأريد أن أوفر لهم الأكل والعيش والمصاريف، طب وأبنك المريض؟ قال هذا قضاء الله فله رب اسمه الشافي! أنا مش ها قدر أحضر مرة أخرى لعلاج ابني وباقي أخواته وأمه يتسولون لقمة العيش!!

- في هذه الحالة، كان الأب- راعي الأسرة- بين خيارين كلاهما صعب، الخيار الأول الاهتمام بالطفل المريض وملازمته في رحلة العلاج،مما يؤدي إلى فقدان العمل ومصدر الرزق وحرمان باقي الأطفال من احتياجات الحياة الأساسية، والخيار الثاني هو عدم الذهاب للمستشفى والعمل من أجل باقي الأطفال، وبالطبع هذا سيؤدي لتطور المرض عند الطفل بسرعة ليصل إلى الوفاة في وقت وجيز... وقد اختار الوالد الاختيار الثاني اعتقادا منه أنه يضحي بأحد أبنائه ليعيش الآخرون.

٤-أن يعيش الطفل مع والديه ويكون الأب والأم موجودين معًا.

الحالة (ص) أنثي تبلغ من العمر (١٣) عام لأب وأم منفصلين منذ (٦) سنوات، تزوجت الأم بعدها وسافرت إلي السعودية وعاشت الفتاه مع والدها وزوجته وللخلافات والمشاكل انتقلت الفتاه إلي منزل جدتها من والدها، وكان والدها يراها مرة كل شهر عندما يعطي مصاريفها الشهرية إلى جدتها، وكانت تري والدتها فى الأجازة السنوية ساعات قليلة في أماكن عامة، وأصيبت الفتاه بالسرطان وعمرها (١٢)عام و(٦) أشهر، وعندما علمت الأم عادت إلي القاهرة ورافقت ابنتها لمدة (٣) أشهر ثم عادت مرة أخري إلي السعودية لانتهاء أجازتها مما اضطر والدها للإقامة معها (٣) أشهر وأعتذر لها بعدها عن قدرته للإقامة معها لتلقى العلاج في المستشفى وذلك لظروف

عمله. ولهذا وضع الباحث من أحد شروط اختيار العينة أن يكون الأب والأم موجودين معًا.

٥-أن يعاني الطفل من مرض السرطان ولا يعاني من أي مرض آخر.

لأن الباحث كأحد أفراد قسم المتطوعين لاحظ أن هناك أطفال من "فئة الداون" يعانون من السرطان ويتم علاجهم في المستشفى أيضًا، فلذلك وضع الباحث أحد شروط اختيار العينة أن يعاني الطفل من السرطان فقط ولا يعاني من أي مرض آخر.

٦-أن يكون الطفل مصاب بسرطان الدم الحاد.

سرطان الدم الحاد من أكثر أنواع السرطان التي تصيب الأطفال، وأيضًا من الأنواع الخطيرة التي إذا لم تعالج في وقت سريع تكون حياة الطفل في خطر بالغ، ولذلك وضع الباحث من أحد شروط اختيار العينة أن يعاني الطفل من سرطان الدم الحاد فقط.

٧-أن يتعرض الطفل لعلاج كيماوي.

هناك طرق متعددة لعلاج السرطان ولكن أراد الباحث اختيار العينة التي تعالج بالكيماوي فقط وذلك لأن العلاج الكيماوي يؤدي إلى تساقط الشعر، وشحوب في الوجه،وفقدان في الشهية، وقيء، كل ذلك يؤثر على الطفل، من ناحية الجاذبية الاجتماعية، في تلك المرحلة العمرية من سن (١٢ – ١٥) عام، فوضع الباحث من أحد شروط اختيار العينة أن يعالج الطفل المصاب بالسرطان بالكيماوي فقط.

٨-ألا يكون هناك استئصال أي جزء من جسمه.

أثبتت الدراسات والأبحاث السابقة أن استئصال أي جزء من جسم الإنسان، يصاب الإنسان بحالة من الاكتئاب الشديد، وحتى لا تتدخل العوامل المؤدية للاكتئاب بين الإصابة بالسرطان وفقد أجزاء الجسم فوضع الباحث أنه

شرط من شروط اختيار العينة ألا يكون تعرض الطفل لفقد أي جزء من أجزاء الجسم.

٩-ألا يكون لديه أخوة آخرين يعانون من مرض السرطان.

كي يكون ذلك الطفل أول حالة في الأسرة يعاني من هذا المرض اللعين الخطير الفتاك، ولا يسبقه أحد من إخوتة في الإصابة بهذا المرض حتى لا تُنقل له تجارب أخرى من إخوته سواء كانت حميدة أو سيئة.

١٠-أن يكون مر على تردده على المستشفى شهر فأكثر.

حتى يكون تعرف على المستشفى بكل أقسامها، وتعرف على الأطباء والممرضين، ونوع السرطان وطريقة علاجه، وعلى أصدقاء آخرين يعانون من نفس نوع المرض وفي نفس مرحلته العمرية.

١١-أن يكون مر على إصابته بسرطان الدم الحاد حوالي (٦) أشهر.

حتى يتم التشخيص بأنه نوع السرطان (ALL) ويكون الطفل بدأ في تناول جرعة العلاج، ويكون مر على مرحلة الصدمة، ومرحلة الإنكار والرفض من أولياء الأمور للإصابة بالمرض فترة كافية، ويكون أمام أولياء الأمور التعامل مع الموقف وأخذ الإجراءات اللازمة لعلاج طفلهم المصاب بسرطان الدم الحاد.

١٢-أن تنتمي أفراد العينة إلى مستويات اقتصادية واجتماعية مختلفة.

نظرا لأن هذا المرض الخطير الذي يؤدي للوفاة لا يفرق بين صغير وكبير، أو ذكر وأنثى، أو غني وفقير، أو متعلم وأمي، فأراد الباحث أن يضبط العينة فوضع شرط من شروط الاختيار أن تنتمي أفراد العينة إلى مستويات اقتصادية واجتماعية مختلفة.

و - خصائص عينة الدراسة:

وسيتم تناول خصائص عينة الدراسة من حيث حجم العينة، عُمر العينة، المرحلة التعليمية، المستوى التعليمي للعينة، مستوى تعليم الأب، مستوى تعليم الأم، مستوى الدخل الشهري للأسرة، محل السكن، نوع السكن، عدد غرف السكن. وفيما يلي توضيح لعينة الدراسة المستهدفة في البحث:

١- حجم العينة

جدول رقم (٤) يوضح حجم عينة الدراسة من أطفال مرضى سرطان الدم الحاد من سن (١٢-١٥) عام:

ذكور	٥٠
إناث	٥٠
الإجمالي	١٠٠

لقد توصلت عينة الدراسة فى صورتها النهائية إلى (١٠٠) طفل وطفلة (٥٠) طفل من الذكور و(٥٠) طفلة من الإناث من سن (١٢-١٥) عام وذلك حتى يستطيع الباحث أن يقارن بين الذكور والإناث بشكل موضوعي عند تطبيق مقاييس المساندة الاجتماعية وقلق الموت والاكتئاب.

٢- العُمر:

جدول رقم (٥) يوضح عُمر عينة الدراسة:

م	المرحلة العُمرية	الذكور	الإناث	الإجمالي
١	من ١٢ – ١٣ عام	١٥	١٢	٢٧
٢	من ١٣ – ١٤ عام	٢٠	١٨	٣٨
٣	من ١٤ – ١٥ عام	١٥	٢٠	٣٥
الإجمالي		٥٠	٥٠	١٠٠

لقد تراوحت المراحل العمرية لعينة الدراسة من سن (١٢-١٥) عام، فكان عدد الأطفال الذكور من سن (١٢-١٣) عام (١٥) طفل، بينما كان عدد الأطفال الإناث (١٢) طفلة فبذلك أصبح إجمالي عينة الدراسة من سن (١٢-١٣) عام (٢٧) طفل من الذكور والإناث. كان عدد الأطفال الذكور من سن (١٣-١٤) عام (٢٠) طفل، بينما كان عدد الأطفال الإناث (١٨) طفلة،

وبذلك أصبح إجمالي عينة الدراسة من سن (١٣-١٤) عام (٣٨) طفل من الذكور والإناث. وكان عدد الأطفال الذكور من سن(١٤-١٥) عام (١٥) طفل، بينما كان عدد الأطفال الإناث (٢٠) طفلة، وبذلك أصبح إجمالي عينة الدراسة من سن (١٤-١٥) عام (٣٥) طفل من الذكور والإناث.

٣- المرحلة التعليمية:

جدول رقم (٦) يوضح المراحل التعليمية لعينة الدراسة:

م	المرحلة التعليمية	الذكور	الإناث	الإجمالي
١	المرحلة الابتدائية	١٥	١٠	٢٥
٢	المرحلة الإعدادية	٣٥	٤٠	٧٥
	الإجمالي	٥٠	٥٠	١٠٠

لقد تراوحت المراحل التعليمية لعينة الدراسة من الذكور والإناث بين مرحلتين وهما المرحلة الابتدائية والمرحلة الإعدادية، وكان يمثل الذكور في المرحلة الابتدائية (١٥) طفل من الذكور وكان يمثل الإناث (١٠) أطفال، فكان إجمالي عدد أطفال عينة الدراسة من الإناث في المرحلة الابتدائية (٢٥) طفل وطفلة، وكان عدد الأطفال الذكور في المرحلة الإعدادية(٣٥) طفل بينما تراوح عدد الأطفال الإناث في المرحلة الإعدادية (٤٠) طفلة، وبذلك يكون إجمالي عدد أطفال عينة الدراسة في المرحلة الإعدادية (٧٥) طفل وطفلة.٤- مستوى تعليم الأب: جدول رقم (٧) يوضح المستوى التعليمي للأب:

م	المستوى التعليمي	الذكور	الإناث	الإجمالي
١	أمي	٥	٣	٨
٢	حاصل على الشهادة الابتدائية	٧	٥	١٢
٣	حاصل على الشهادة الإعدادية	٣	٥	٨
٤	حاصل على دبلوم أو ثانوي	٧	٢	٩
٥	حاصل على معهد فوق متوسط	٥	١٢	١٧
٦	حاصل على مؤهل عالي	٢٣	٢٣	٤٦
	الإجمالي	٥٠	٥٠	١٠٠

لقد تراوح المستوي التعليمي لأولياء أمور العينة من (الأمي حتى المؤهل عالي) فتراوح عدد الآباء الأميين للأطفال من الذكور (٥) آباء، بينما كان عدد الآباء الأميين للأطفال من الإناث (٣) آباء فبذلك يكون إجمالي عدد الآباء الأميين (٨) آباء، وكان عدد الآباء الحاصلين على الشهادة الابتدائية للأطفال من ناحية الذكور (٧) آباء، بينما كان عدد الآباء الحاصلين على الشهادة الابتدائية للأطفال من ناحية الإناث (٥) آباء فبذلك يكون إجمالي عدد الآباء الحاصلين على الشهادة الابتدائية (١٢) أب، وكان عدد الآباء الحاصلين على الشهادة الإعدادية للأطفال من ناحية الذكور(٣) آباء، بينما كان عدد الآباء الحاصلين على الشهادة الإعدادية للأطفال من ناحية الإناث (٥) آباء فبذلك يكون إجمالي عدد الآباء الحاصلين على الشهادة الإعدادية (٨) آباء، وكان عدد الآباء الحاصلين على الشهادة الثانوية أو الدبلوم للأطفال من ناحية الذكور(٧) آباء، بينما كان عدد الآباء الحاصلين على الشهادة الثانوية أو الدبلوم للأطفال من ناحية الإناث (٢) آباء، فبذلك يكون إجمالي عدد الآباء الحاصلين على الشهادة الثانوية أو الدبلوم (٩) آباء، وكان عدد الآباء الحاصلين على معهد فوق المتوسط للأطفال من ناحية الذكور (٥) آباء، بينما كان عدد الآباء الحاصلين على معهد فوق المتوسط للأطفال من ناحية الإناث (١٢) أب فبذلك يكون إجمالي عدد الآباء الحاصلين على معهد فوق المتوسط (١٧) أب، وكان عدد الآباء الحاصلين على مؤهل عالي للأطفال من ناحية الذكور (٢٣) أب، بينما كان عدد الآباء الحاصلين على مؤهل عالي للأطفال من ناحية الإناث (٢٣) أب فبذلك يكون إجمالي عدد الآباء الحاصلين على مؤهل عالي (٤٦) أب.

٥- مستوى تعليم الأم:

جدول رقم (٨) يوضح المستوى التعليمي للأم:

م	المستوى التعليمي	الذكور	الإناث	الإجمالي
١	أمي	١٠	١٢	٢٢
٢	حاصلة على الشهادة الابتدائية	٥	٥	١٠
٣	حاصلة على الشهادة الإعدادية	٧	٥	١٢

٤	حاصلة على دبلوم أو ثانوي	٢	٢	٤
٥	حاصلة على معهد فوق متوسط	٥	٦	١١
٦	حاصلة على مؤهل عالي	٢٥	٢٠	٤٥
الإجمالي		٥٠	٥٠	١٠٠

لقد تراوح المستوي التعليمي لأمهات العينة من (الأميات حتى المؤهل عالي) حيث كان عدد الأمهات الأميات للأطفال من ناحية الذكور (١٠) أمهات، بينما كان عدد الأمهات الأميات للأطفال من ناحية الإناث (١٢) أم، فبذلك يكون إجمالي عدد الأمهات الأميات (٢٢) أم، وكان عدد الأمهات الحاصلات على الشهادة الابتدائية للأطفال من ناحية الذكور (٥) الأمهات، بينما كان عدد الأمهات الحاصلات على الشهادة الابتدائية للأطفال من ناحية الإناث (٥) الأمهات فبذلك يكون إجمالي عدد الأمهات الحاصلات على الشهادة الابتدائية (١٠) أمهات، وكان عدد الأمهات الحاصلات على الشهادة الإعدادية للأطفال من ناحية الذكور (٧) أمهات، بينما كان عدد الأمهات الحاصلات على الشهادة الإعدادية للأطفال من ناحية الإناث (٥) أمهات فبذلك يكون إجمالي عدد الأمهات الحاصلات على الشهادة الإعدادية(١٢) أم، وكان عدد الأمهات الحاصلات على الشهادة الثانوية أو الدبلوم للأطفال من ناحية الذكور (٢) أم، بينما كان عدد الأمهات الحاصلات على الشهادة الثانوية أو الدبلوم للأطفال من ناحية الإناث (٢) أم فبذلك يكون إجمالي عدد الأمهات الحاصلات على الشهادة الثانوية أو الدبلوم (٤) أمهات، وكان عدد الأمهات الحاصلات على معهد فوق المتوسط للأطفال من ناحية الذكور (٥) أمهات، بينما كان عدد الأمهات الحاصلات على معهد فوق المتوسط للأطفال من ناحية الإناث (٦) أمهات فبذلك يكون إجمالي عدد الأمهات الحاصلات على معهد فوق المتوسط (١١) أم، وكان عدد الأمهات الحاصلات على مؤهل عالي للأطفال من ناحية الذكور (٢٥) أم، بينما كان عدد الأمهات الحاصلات على مؤهل عالي للأطفال من ناحية الإناث (٢٠) أم فبذلك يكون إجمالي عدد الأمهات الحاصلات على مؤهل عالي (٤٥) أم.

٦-مستوى الدخل الشهري للأسرة:

جدول رقم (٩) يوضح مستوى الدخل الشهري للأسر تقريبًا:

م	الدخل الشهري	الذكور	الإناث	الإجمالي
١	٨٠٠ – ١٠٠٠	٨	٨	١٦
٢	١٠٠٠ – ١٥٠٠	١٠	١٠	٢٠
٣	١٥٠٠ – ٢٠٠٠	١٠	١٢	٢٢
٤	٢٠٠٠ – ٢٥٠٠	١٠	٨	١٨
٥	٢٥٠٠ – ٣٠٠٠	١٠	١٠	٢٠
٦	٣٠٠٠ فأكثر	٢	٢	٤
	الإجمالي	٥٠	٥٠	١٠٠

تراوح الدخل الشهري لأسر أطفال العينة من (٨٠٠-٣٠٠٠ فأكثر).

حيث كان عدد أسر الأطفال الذكور الذين يتراوح دخلهم الشهري من (٨٠٠-١٠٠٠) (٨) أُسر، بينما كان عدد أسر الأطفال الإناث الذين يتراوح دخلهم الشهري من (٨٠٠-١٠٠٠) (٨) أُسر، وبذلك يكون إجمالي عدد الأسر الذين يتراوح دخلهم من (٨٠٠-١٠٠٠) (١٦) أسرة، أيضًا كان عدد أسر الأطفال الذكور الذين يتراوح دخلهم الشهري من (١٠٠٠-١٥٠٠) (١٠) أُسر، بينما كان عدد أسر الأطفال الإناث الذين يتراوح دخلهم الشهري من (١٠٠٠-١٥٠٠) (١٠) أُسر، وبذلك يكون إجمالي عدد الأسر الذين يتراوح دخلهم من(١٠٠٠-١٥٠٠) (٢٠) أسرة، أيضًا كان عدد أسر الأطفال الذكور الذين يتراوح دخلهم الشهري من (١٥٠٠-٢٠٠٠) (١٠) أُسر بينما كان عدد أسر الأطفال الإناث الذين يتراوح دخلهم الشهري من (١٥٠٠-٢٠٠٠) (١٢) أُسره، وبذلك يكون إجمالي عدد الأسر الذين يتراوح دخلهم من(١٥٠٠-٢٠٠٠) (٢٢) أسرة، أيضًا كان عدد أسر الأطفال الذكور الذين يتراوح دخلهم الشهري من (٢٠٠٠-٢٥٠٠) (١٠) أُسر، بينما كان عدد أسر الأطفال الإناث الذين يتراوح دخلهم الشهري من (٢٠٠٠-٢٥٠٠) (٨) أُسر، وبذلك يكون إجمالي عدد الأسر الذين يتراوح دخلهم من(٢٠٠٠-٢٥٠٠) (١٨) أسرة، أيضًا كان عدد أسر الأطفال الذكور الذين يتراوح دخلهم

الشهري من (٢٥٠٠-٣٠٠٠) (١٠) أُسر، بينما كان عدد أسر الأطفال الإناث الذين يتراوح دخلهم الشهري من (٢٥٠٠-٣٠٠٠) (١٠) أُسر، وبذلك يكون إجمالي عدد الأسر الذين يتراوح دخلهم من(٢٥٠٠-٣٠٠٠) (٢٠) أسرة، أيضًا كان عدد أسر الأطفال الذكور الذين يتراوح دخلهم الشهري من (٣٠٠٠ فأكثر) أُسرتين، بينما كان عدد أسر الأطفال الإناث الذين يتراوح دخلهم الشهري من (٣٠٠٠ فأكثر) أُسرتين، وبذلك يكون إجمالي عدد الأسر الذين يتراوح دخلهم من (٣٠٠٠ فأكثر) (٤) أُسر.

٧-مهنة الأب:

جدول رقم (١٠) يوضح مهنة الأب:

م	المهنة	الذكور	الإناث	الإجمالي
١	لا يعمل	٠	١	١
٢	عامل زراعي	٨	٧	١٥
٣	فلاح "يملك أرض"	٢	٠	٢
٤	سائق	٤	٣	٧
٥	تاجر	٣	٢	٥
٦	مدرس	١٠	١٤	٢٤
٧	محامي	١٠	٩	١٩
٨	كيميائي	٢	٣	٥
٩	محاسب	٥	٦	١١
١٠	ناظر مدرسة	١	٠	١
١١	مهندس	٥	٥	١٠
	الإجمالي	٥٠	٥٠	١٠٠

كان عدد الآباء الذين لا يعملون من ناحية الذكور(٠)، بينما كان عدد الآباء الذين لا يعملون من ناحية الإناث (١)، وبذلك يكون إجمالي عدد الآباء الذين لا يعملون أب واحد فقط لا غير، وكان عدد الآباء الذين يعملون في مهنة العامل الزراعي بالأجر اليومي من ناحية الذكور(٨) آباء،بينما كان عدد الآباء الذين يعملون في مهنة العامل الزراعي بالأجر اليومي من ناحية الإناث

(٧)، وبذلك يكون إجمالي عدد الآباء الذين يعملون في مهنة العامل الزراعي بالأجر اليومي (١٥) أب، وكان عدد الآباء الذين يملكون أرض زراعية من ناحية الذكور(٢)من الآباء، بينما كان عدد الآباء الذين يملكون أرض زراعية من ناحية الإناث (٠)، وبذلك يكون إجمالي عدد الآباء الذين يملكون أرض زراعية (٢) من الآباء، وكان عدد الآباء الذين يعملون سائقين من ناحية الذكور(٤) آباء، بينما كان عدد الآباء الذين يعملون سائقين من ناحية الإناث (٣) آباء، وبذلك يكون إجمالي عدد الآباء الذين يعملون سائقين (٧) آباء، وكان عدد الآباء الذين يعملون في مهنة التجارة (أي البيع والشراء للسلع الغذائية) من ناحية الذكور(٣) آباء، بينما كان عدد الآباء الذين يعملون في مهنة التجارة(أي البيع والشراء للسلع الغذائية) من ناحية الإناث (٢) من الآباء، وبذلك يكون إجمالي عدد الآباء الذين يعملون في مهنة التجارة(أي البيع والشراء للسلع الغذائية) (٥) آباء، وكان عدد الآباء الذين يعملون في مهنة التدريس من ناحية الذكور(١٠) آباء، بينما كان عدد الآباء الذين يعملون في مهنة التدريس من ناحية الإناث (١٤) أب، وبذلك يكون إجمالي عدد الآباء الذين يعملون في مهنة التدريس (٢٤) أب، وكان عدد الآباء الذين يعملون في مهنة المحاماة من ناحية الذكور(١٠) آباء، بينما كان عدد الآباء الذين يعملون في مهنة المحاماة من ناحية الإناث (٩) آباء، وبذلك يكون إجمالي عدد الآباء الذين يعملون في مهنة المحاماة (١٩) أب، وكان عدد الآباء الذين يعملون كيميائيين من ناحية الذكور(٢)من الآباء، بينما كان عدد الآباء الذين يعملون كيميائيين من ناحية الإناث (٣) آباء، وبذلك يكون إجمالي عدد الآباء الذين يعملون كيميائيين (٥) آباء، وكان عدد الآباء الذين يعملون محاسبين من ناحية الذكور(٥) آباء، بينما كان عدد الآباء الذين يعملون محاسبين من ناحية الإناث (٦) آباء، وبذلك يكون إجمالي عدد الآباء الذين يعملون محاسبين (١١) أب، وكان عدد الآباء الذين يعملون في مهنة ناظر المدرسة من ناحية الذكور أب واحد فقط، بينما كان عدد الآباء الذين يعملون في مهنة ناظر المدرسة من ناحية الإناث (٠) أب، وبذلك يكون إجمالي عدد الآباء الذين يعملون في مهنة ناظر المدرسة أب واحد فقط، وكان عدد الآباء

الذين يعملون مهندسين من ناحية الذكور(٥) آباء، بينما كان عدد الآباء الذين يعملون مهندسين من ناحية الإناث (٥) آباء، وبذلك يكون إجمالي عدد الآباء الذين يعملون مهندسين (١٠) آباء.

٨-مهنة الأم:

جدول رقم (١١) يوضح مهنة الأم:

م	المهنة	الذكور	الإناث	الإجمالي
١	لا تعمل	٧	٢٠	٢٧
٢	مدرسة	١٥	١٥	٣٠
٣	محامية	١٠	٥	١٥
٤	كيميائية	٥	٠	٥
٥	محاسبة	٥	٥	١٠
٦	مهندسة	٥	٥	١٠
٧	ممرضة	٣	٠	٣
	الإجمالي	٥٠	٥٠	١٠٠

كان عدد الأمهات اللاتي لا يعملن من ناحية الذكور(٧) أمهات، بينما كان عدد الأمهات اللاتي لا يعملن من ناحية الإناث (٢٠) أم، وبذلك يكون إجمالي عدد الأمهات اللاتي لا يعملن (٢٧) أم،وكان عدد الأمهات اللاتي يعملن في مهنة التدريس من ناحية الذكور(١٥) أم، بينما كان عدد الأمهات اللاتي يعملن في مهنة التدريس من ناحية الإناث (١٥) أم، وبذلك يكون إجمالي عدد الأمهات اللاتي يعملن في مهنة التدريس (٣٠) أم، وكان عدد الأمهات اللاتي يعملن في مهنة المحاماة من ناحية الذكور(١٠) أمهات، بينما كان عدد الأمهات اللاتي يعملن في مهنة المحاماة من ناحية الإناث (٥) أمهات، وبذلك يكون إجمالي عدد الأمهات اللاتي يعملن في مهنة المحاماة (١٥) أم، وكان عدد الأمهات اللاتي يعملن كيميائيات من ناحية الأطفال الذكور(٥)أمهات، بينما كان عدد الأمهات اللاتي يعملن كيميائيات من ناحية الأطفال الإناث (٠)، وبذلك يكون إجمالي عدد الأمهات اللاتي يعملن كيميائيات (٥) أمهات، وكان عدد الأمهات اللاتي يعملن محاسبات من ناحية

الذكور(٥) أمهات، بينما كان عدد الأمهات اللاتي يعملن محاسبات من ناحية الإناث (٥) أمهات، وبذلك يكون إجمالي عدد الأمهات اللاتي يعملن محاسبات (١٠) أمهات، وكان عدد الأمهات اللاتي يعملن مهندسات من ناحية الذكور(٥) أمهات، بينما كان عدد الأمهات اللاتي يعملن مهندسات من ناحية الإناث (٥) أمهات، وبذلك يكون إجمالي عدد الأمهات اللاتي يعملن مهندسات (١٠) أمهات، وكان عدد الأمهات اللاتي تعملن ممرضات من ناحية الأطفال الذكور (٣) أمهات، بينما كان عدد الأمهات اللاتي تعملن ممرضات من ناحية الأطفال الإناث (٠)،وبذلك يكون إجمالي عدد الأمهات اللاتي تعملن ممرضات (٣) أمهات.

٩-عدد أفراد الأسرة:

جدول رقم (١٢) يوضح عدد أفراد الأسرة بالأب والأم:

م	عدد الأفراد	الذكور	الإناث	الإجمالي
١	٤ أفراد	١٥	٢٠	٣٥
٢	٥ أفراد	١٠	١٠	٢٠
٣	٦ أفراد	١٠	١٠	٢٠
٤	٧ أفراد	٨	٥	١٣
٥	٨ أفراد	٧	٥	١٢
الإجمالي		٥٠	٥٠	١٠٠

كان عدد الأسر التي يبلغ عددها (٤) أفراد شاملة الأب والأم من ناحية الأطفال الذكور (١٥) أسرة، بينما من ناحية الأطفال الإناث بلغ (٢٠) أسرة، وبذلك يكون إجمالي عدد الأسر التي يبلغ عددها (٤) أفراد شاملة الأب والأم من الذكور والإناث (٣٥) أسرة، وكان عدد الأسر التي يبلغ عددها (٥) أفراد شاملة الأب والأم من ناحية الأطفال الذكور (١٠) أسرة، بينما من ناحية الأطفال الإناث بلغ (١٠) أسرة، وبذلك يكون إجمالي عدد الأسر التي يبلغ عددها (٥) أفراد شاملة الأب والأم من الذكور والإناث (٢٠) أسرة، وكان عدد الأسر التي يبلغ عددها (٦) أفراد شاملة الأب والأم من ناحية الأطفال

الذكور (١٠) أسرة، بينما من ناحية الأطفال الإناث بلغ (١٠) أسرة، وبذلك يكون إجمالي عدد الأسر التي يبلغ عددها (٦) أفراد شاملة الأب والأم من الذكور والإناث (٢٠) أسرة، وكان عدد الأسر التي يبلغ عددها (٧) أفراد شاملة الأب والأم من ناحية الأطفال الذكور (٨) أسرة، بينما من ناحية الأطفال الإناث بلغ (٥) أسرة، وبذلك يكون إجمالي عدد الأسر التي يبلغ عددها (٧) أفراد شاملة الأب والأم من الذكور والإناث (١٣) أسرة، وكان عدد الأسر التي يبلغ عددها (٨) أفراد شاملة الأب والأم من ناحية الأطفال الذكور (٧) أسرة، بينما من ناحية الأطفال الإناث بلغ (٥) أسرة، وبذلك يكون إجمالي عدد الأسر التي يبلغ عددها (٨) أفراد شاملة الأب والأم من الذكور والإناث (١٢) أسرة.

١٠-محل السكن:

جدول رقم (١٣) يوضح محل السكن:

م	محل السكن	الذكور	الإناث	الإجمالي
١	قرية	١٠	٧	١٧
٢	حي شعبي	١٥	١٥	٣٠
٣	حي متوسط	١٥	١٨	٣٣
٤	حي راقي	١٠	١٠	٢٠
	الإجمالي	٥٠	٥٠	١٠٠

بلغ عدد أُسر الأطفال الذين يسكنون في قرية من ناحية الذكور (١٠)أُسر، بينما بلغ عددهم من ناحية الإناث (٧) أُسر، وبذلك يكون إجمالي عدد الأسر الذين يسكنون في قرية (١٧) أُسرة، كما بلغ عدد أُسر الأطفال الذين يسكنون في حي شعبي من ناحية الذكور (١٥)أُسره، بينما بلغ من ناحية الإناث (١٥) أُسره، وبذلك يكون إجمالي عدد الأسر الذين يسكنون في حي شعبي(٣٠) أُسرة، كما بلغ عدد أُسر الأطفال الذين يسكنون في حي متوسط من ناحية الذكور (١٥)أُسره، بينما بلغ عددهم من ناحية الإناث (١٨) أُسره، وبذلك يكون إجمالي عدد الأسر الذين يسكنون في حي متوسط (٣٣) أُسرة، كما بلغ عدد أُسر الأطفال الذين يسكنون في حي راقي من ناحية الذكور

(١٠)أُسر، بينما بلغ عددهم من ناحية الإناث (١٠) أسر، وبذلك يكون إجمالي عدد الأسر الذين يسكنون في حي راقي (٢٠) أُسرة.

١١-نوع السكن:

جدول رقم (١٤) يوضح نوع السكن:

م	نوع السكن	الذكور	الإناث	الإجمالي
١	شقة بالإيجار	١٠	١٢	٢٢
٢	شقة في المساكن الشعبية	١٠	٨	١٨
٣	شقة تمليك	٣	٠	٣
٤	شقة لوكس إيجار	١٥	٢٠	٣٥
٥	شقة لوكس تمليك	١٠	١٠	٢٠
٦	عقار تمليك	٢	٠	٢
	الإجمالي	٥٠	٥٠	١٠٠

بلغ عدد أُسر الأطفال الذين يسكنون في شقة بالإيجار من ناحية الذكور (١٠)أُسر، بينما بلغ عددهم من ناحية الإناث (١٢) أُسره، وبذلك يكون إجمالي عدد الأسر الذين يسكنون في شقة بالإيجار (٢٢) أُسرة، كما بلغ عدد أُسر الأطفال الذين يسكنون في شقة في المساكن الشعبية من ناحية الذكور (١٠)أُسر، بينما بلغ عددهم من ناحية الإناث (٨) أُسره، وبذلك يكون إجمالي عدد الأسر الذين يسكنون شقة في المساكن الشعبية (١٨) أُسرة، كما بلغ عدد أُسر الأطفال الذين يسكنون في شقة تمليك من ناحية الذكور (٣)أُسر، بينما بلغ عددهم من ناحية الإناث (٠) أُسره، وبذلك يكون إجمالي عدد الأسر الذين يسكنون شقة تمليك (٣) أُسرة، كما بلغ عدد أُسر الأطفال الذين يسكنون في شقة لوكس إيجار من ناحية الذكور (١٥)أُسر، بينما بلغ عددهم من ناحية الإناث (٢٠) أُسره، وبذلك يكون إجمالي عدد الأسر الذين يسكنون شقة لوكس إيجار (٣٥) أُسرة، كما بلغ عدد أُسر الأطفال الذين يسكنون في شقة لوكس تمليك من ناحية الذكور (١٠)أُسر، بينما بلغ عددهم من ناحية الإناث (١٠) أُسره، وبذلك يكون إجمالي عدد الأسر الذين يسكنون شقة لوكس تمليك (٢٠) أُسرة، كما بلغ عدد أُسر الأطفال الذين يسكنون في عقار تمليك من ناحية

الذكور (٢)أُسر، بينما بلغ عددهم من ناحية الإناث (٠) أُسره، وبذلك يكون إجمالي عدد الأسر الذين يسكنون عقار تمليك (٢) أُسرة.

١٢-عدد غرف السكن:

جدول رقم (١٥) يوضح عدد غرف السكن بدون الصالة والمطبخ والحمام:

م	عدد الغرف	الذكور	الإناث	الإجمالي
١	٢ غرفة	١٨	١٥	٣٣
٢	٣ غرفة	١٥	١٢	٢٧
٣	٤ غرفة	١٢	١٥	٢٧
٤	٥ غرفة	٥	٨	١٣
	الإجمالي	٥٠	٥٠	١٠٠

عدد غرف السكن بدون الصالة والمطبخ والحمام فكان عدد الأسر الذين يسكنون في شقة مكونة من غرفتين من أُسر الأطفال من ناحية الذكور(١٨) أُسرة، بينما بلغ عددهم من ناحية الإناث (١٥) أُسرة، وبذلك يكون إجمالي عدد الأسر الذين يسكنون في شقة مكونة من غرفتين (٣٣) أُسرة، كما بلغ عدد الأسر الذين يسكنون في شقة مكونة من (٣) غرف من أُسر الأطفال من ناحية الذكور(١٥) أُسرة، بينما بلغ عددهم من ناحية الإناث (١٢) أُسرة، وبذلك يكون إجمالي عدد الأسر الذين يسكنون في شقة مكونة من (٣)غرف (٢٧) أُسرة، كما بلغ عدد الأسر الذين يسكنون في شقة مكونة من (٤) غرف من أُسر الأطفال من ناحية الذكور(١٢) أُسرة، بينما بلغ عددهم من ناحية الإناث (١٥) أُسرة، وبذلك يكون إجمالي عدد الأسر الذين يسكنون في شقة مكونة من (٤)غرف (٢٧) أُسرة، كما بلغ عدد الأسر الذين يسكنون في شقة مكونة من (٥) غرف من أُسر الأطفال من ناحية الذكور(٥)أُسرة، بينما بلغ عددهم من ناحية الإناث (٨) أُسر، وبذلك يكون إجمالي عدد الأسر الذين يسكنون في شقة مكونة من (٥)غرف (١٣) أُسرة.

***

أدوات الدراسة

١- استمارة بيانات أولية.(إعداد/الباحث)

٢- استمارة المستوى الاقتصادي والاجتماعي. (إعداد/جمال شفيق: ١٩٩٨)

٣- مقياس المساندة الاجتماعية.(إعداد/الباحث)

٤- مقياس قلق الموت.(إعداد/الباحث)

٥- مقياس الاكتئاب. (إعداد/غريب عبد الفتاح: ١٩٩٢)

***

١-استمارة بيانات أولية (إعداد/الباحث)

قام الباحث بتصميم استمارة جمع بيانات الهدف منها التعرف على بعض البيانات الخاصة بالأطفال مرضى سرطان الدم الحاد والذين يتناولون العلاج في مستشفى ٥٧٣٥٧ في المرحلة العُمرية من سن (١٢-١٥) عام، وكانت تشتمل على تلك البنود: الاسم، النوع، السن، التليفون، البريد الإلكتروني، ما نوع السرطان الذي يعاني منه الطفل؟ هل الأب والأم على قيد الحياة؟ هل يعاني الطفل من أمراض أخرى جسدية غير سرطان الدم الحاد؟ هل الطفل لديه أخوة؟ هل الأب والأم موجودين معا؟ هل تم استئصال أي جزء من الجسد؟ هل لديك أخوة آخرون يعانون من السرطان؟ هل قام الطفل بإجراء أي عملية جراحية أثناء إصابته بمرض سرطان الدم الحاد؟ ما هي المرحلة التعليمية للطفل؟من هو المرافق للطفل في المستشفى؟ما هو تاريخ بداية الإصابة بمرض السرطان؟ما هو تاريخ دخول الطفل للمستشفى؟

وقد استخدم الباحث تلك الاستمارة بهدف تحديد واختيار أفراد عينة الدراسة الأساسية طبقا للشروط الخاصة بمواصفات العينة وكذلك استبعاد الحالات التي لم تنطبق عليها شروط اختيار العينة.

٢- استمارة المستوى الاقتصادي والاجتماعي. (إعداد /جمال شفيق، ١٩٩٨)

تهدف الاستمارة إلى تحقيق التقارب إلى حد ما في جميع أبعاد المستوى الاقتصادي والاجتماعي بين أفراد عينة الدراسة وكذلك لاستبعاد

حالات الأطفال الغير متكافئة في هذا المستوى مع أفراد عينة الدراسة، وتتضمن الاستمارة كافة الأبعاد الأساسية التي يمكن من خلالها تحديد المستوى الاجتماعي والاقتصادي للطفل حيث تشتمل الاستمارة على البنود الآتية: اسم الطفل و(٨) أبعاد أساسية وهي مستوى تعليم الوالد، وظيفة الوالد، مستوى تعليم الأم، وظيفة الأم، عدد الأخوة والأخوات، عدد غرف السكن، إجمالي الدخل الشهري للأسرة بالتقريب، منطقة السكن أو الحي.

٣- مقياس المساندة الاجتماعية (إعداد/الباحث)

لقد اطلع الباحث على عدد من المقاييس الخاصة بالمساندة الاجتماعية والتي منها:

- مقياس المساندة الاجتماعية إعداد بشرى إسماعيل أرناؤوط عام ١٩٩٩.
- مقياس المساندة الاجتماعية المدركة إعداد مروى محمد شحته عام ٢٠٠٠.
- مقياس المساندة النفسية والاجتماعية إعداد هيام محفوظ أحمد عام ٢٠٠١.
- مقياس المساندة الاجتماعية إعداد نيفين عبد الرازق عام ٢٠٠٢.
- استبانه المساندة الاجتماعية للمعاقين بصريا إعداد السيد إبراهيم السمادوني.
- مقياس المساندة الاجتماعية لدى الطلاب المعاقين بصريا إعداد غادة قبيصي عام ٢٠٠٧
- مقياس المساندة الاجتماعية للمعاقين بصريا إعداد نفيسة فوزي عُمر عام ٢٠١٢.

ولقد لاحظ الباحث اختلاف العينة في بعض هذه المقاييس السابقة لعينة البحث فقام الباحث بإعداد مقياس خاص بالمساندة الاجتماعية ولقد راعى الباحث صياغة عبارات تلائم عينة البحث في ضوء أبعاد بعضها مستحدث مثل (بُعد المتطوعين) وسيتضح ذلك في خطوات إعداد المقياس.

خطوات إعداد المقياس:

الخطوة الأولى:

مرحلة الإطلاع على الأطر النظرية بما تتضمنه من مفاهيم للمساندة الاجتماعية وكذلك الإطلاع على الأبحاث وعلى الدراسات السابقة والنظريات المتعلقة بالمساندة الاجتماعية عند الأطفال وذلك بقصد وتحديد المساندة الاجتماعية بشكل عام عند الأطفال والمساندة الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بمرض السرطان على وجه الخصوص **في المرحلة العُمرية من (١٢ –١٥) عام**

الخطوة الثانية:

مرحلة الإطلاع على عدد من الاختبارات والمقاييس الفعلية التي تناولت المساندة الاجتماعية ومنها: استبيان المساندة الاجتماعية إعداد لادوين وساراسون عام(١٩٨٣). مقياس الإمدادات الاجتماعية إعداد راسل عام (١٩٨٤)، وأعده للمكتبة العربية خضر والشناوى عام (١٩٨٧) تحت مسمى مقياس العلاقات الاجتماعية. مقياس المساندة الاجتماعية إعداد محروس الشناوى وسامى ابو بيه عام (١٩٩٠).مقياس المساندة الاجتماعية إعداد محروس الشناوى عام (١٩٩٢).مقياس المساندة الاجتماعية إعداد عزت عبد الحميد عام (١٩٩٦). مقياس المساندة النفسية والاجتماعية إعداد محمد بيومى خليل عام (١٩٩٧).مقياس المساندة الاجتماعية إعداد بشرى إسماعيل أرناؤوط عام (١٩٩٩).مقياس المساندة الاجتماعية المدركة إعداد مروى محمد شحته عام (٢٠٠٠). مقياس المساندة النفسية والاجتماعية إعداد هيام محفوظ أحمد عام (٢٠٠١). مقياس المساندة الاجتماعية إعداد نيفين عبد الرازق عام (٢٠٠٢). استبانة المساندة الاجتماعية للمعاقين بصريا إعداد السيد إبراهيم السمادونى. مقياس المساندة النفسية والاجتماعية لدى الطلاب المعاقين بصريا إعداد غادة قبيصى عام (٢٠٠٧). مقياس المساندة الاجتماعية للمعاقين بصريا إعداد نفيسة فوزي عُمر عام (٢٠١٢).

ولاحظ الباحث عدم مناسبة هذه الاختبارات لعينة البحث؛لذلك فقد وجد الباحث ضرورة إعداد مقياس لقياس المساندة الاجتماعية لدى الأطفال

المصابين بمرض السرطان في المرحلة العُمرية من (١٢-١٥) عام، ولذا فقد راعى الباحث في مقياسه جوانب النمو المختلفة للطفولة وما يتمتع بها الطفل من خصائص وما يعاني منه الطفل المريض بمرض السرطان وكذلك تعقد وصعوبة علاجه.

الخطوة الثالثة:

تحديد المجالات التي يهدف المقياس لقياسها ولذلك فقد عرف الباحث المساندة الاجتماعية على إنها(هي الطريقة التي يشعر بها الطفل بأن هناك أشخاص مقربين منه، ويثق فيهم، ويهتمون به في جميع الأوقات وخاصة في أوقات الأزمات، حيث يقوم الأفراد الآخرين المحيطين بالطفل سواء من الأسرة أو الجيران أو الأصدقاء أو المتطوعين بتقديم أنماط متعددة من المساندة الوجدانية، المساندة الأدائية، المساندة المعلوماتية، المساندة التقديرية ويكون تقديم أنماط المساندة في حب وعطف واحترام وتقدير للطفل المصاب بمرض السرطان) وبناءا على ذلك تم تحديد مجالات المقياس وهي أربعة مجالات مجال الأسرة، مجال الجيران، مجال الأصدقاء، مجال المتطوعين.

الخطوة الرابعة:

مناسبة المقياس لمرحلة الطفولة والمحددة في عينة البحث من (١٢-١٥) عام من حيث:

١- النمو العقلي: يستطيع الطفل أن يعي ويدرك ما تعبر عنه العبارة.

٢- النمو اللغوي: يتمكن الطفل من أن يدرك الألفاظ المستخدمة في هذه العبارات.

٣- الموضوع والمحتوى: بحيث يعبر المقياس عن المساندة الاجتماعية لدى الأطفال المصابين بالسرطان.

٤- صياغة العبارات بشكل مناسب: لقد راعى الباحث عند صياغة عبارات المقياس أن تكون العبارات محددة في معناها بحيث لا تحمل أكثر من معنى مما يؤدي إلى إرباك الطفل، وأن تكون مفردات العبارات بسيطة وملاءمة لقاموس الطفل ونموه

اللغوي والعقلي، وأن تكون العبارات مستمدة من التعبيرات الحقيقية للطفل من احتياجه للمساندة الاجتماعية من الأسرة والأصدقاء والجيران والمتطوعين.

الخطوة الخامسة:

قام الباحث بعرض المقياس في صورته الأولية على مجموعة من السادة المحكمين وذلك للحكم على مدى صلاحية المقياس وإبداء التعديلات اللازمة من حيث:

١- المجالات ومدى مناسبتها للمقياس.

٢- ملائمة العبارات من حيث صياغتها.

٣- مدى ارتباط العبارات بالمجال المراد قياسه.

٤- مدى ملائمة العبارات للفئة المقدمة إليها. ولقد قام الباحث بتفريغ ملاحظات وتوصيات السادة المحكمين وتم إرفاق الصورة الأولية للمقياس في ملاحق الدراسة.

الخطوة السادسة: وصف المقياس:

أعده الباحث عام (٢٠١٢) هذا المقياس يستخدم في قياس المساندة الاجتماعية عند أطفال مرضى السرطان في مستشفى (٥٧٣٥٧) لدى الأطفال من الجنسين تراوحت أعمارهم من عُمر (١٢-١٥) عام، ويتكون المقياس في صورته النهائية من عدد (٣٩) عبارة يطلب من العميل إبداء الرأي بالنسبة لكل عبارة من عبارات المقياس على متدرج من خمس إجابات وهي (أبدًا، نادرًا، أحياناً، غالبًا، دائمًا) ويكون تصحيح العبارة متدرج من (١-٥) وبذلك فتكون أعلى درجة يحصل عليها العميل هي (١٩٥) وأقل درجة يحصل عليها تكون (٣٩)، ويكون تدرج درجات العميل في حصوله على المساندة الآتي:

١-إذا حصل العميل على درجات من (١-٣٩) فذلك يعني أنه يعاني من انخفاض شديد في المساندة الاجتماعية له من ناحية الأسرة والأصدقاء والجيران والمتطوعين.

٢- إذا حصل العميل على درجات من (٤٠-٧٨) فذلك يعني أنه يعاني من انخفاض المساندة الاجتماعية له من ناحية الأسرة والأصدقاء والجيران والمتطوعين.

٣- إذا حصل العميل على درجات من (٧٩-١١٧) فذلك يعني أنه يعاني من توسط المساندة الاجتماعية له من ناحية الأسرة والأصدقاء والجيران والمتطوعين.

٤- إذا حصل العميل على درجات من (١١٨-١٥٦) فذلك يعني أنه يحصل على مساندة اجتماعية مرتفعة له من ناحية الأسرة والأصدقاء والجيران والمتطوعين.

٥- إذا حصل العميل على درجات من (١٥٧-١٩٥) فذلك يعني أنه يحصل على مساندة اجتماعية مرتفعة جدا له من ناحية الأسرة والأصدقاء والجيران والمتطوعين.

الخطوة السابعة: طرق حساب صدق المقياس:

استخدم الباحث طريقة صدق المحكمين وذلك بعرض المقياس على عدد من المتخصصين في ذلك المجال وتم إرفاق أسمائهم في ملاحق الدراسة.

الخطوة الثامنة: طرق حساب ثبات المقياس:

لقد استخدم الباحث معامل ألفا لحساب ثبات المقياس وكانت قيمته (٠,٩٩٤) وهي قيمة تدل على ثبات عالي للمقياس، وكذلك استخدم طريقة إعادة التطبيق لحساب معامل ثبات الاستقرار وكانت نسبته ٠,٩٨٧**وكانت القيمة دالة عند مستوى (٠,٠١).

٤- مقياس قلق الموت. (إعداد/الباحث)

لقد أطلع الباحث على عدد من المقاييس الخاصة بقلق الأطفال بشكل عام وقلق الموت بشكل خاص والتي منها:

- مقياس قلق الأطفال تأليف (كاستانيدا، ماك كالدلس، بالزمو) إعداد فيولا الببلاوي.
- مقياس قلق الموت إعداد فاروق عثمان عام (١٩٩٣).
- مقياس قلق الموت إعداد أحمد محمد عبد الخالق عام (١٩٩٦).

ولقد لاحظ الباحث عدم ملائمة المقاييس السابقة لعينة البحث وأراد الباحث إعداد مقياس خاص بأطفال مرضي السرطان، فقام الباحث بإعداد مقياس خاص بقلق الموت عند الأطفال ولقد راعى الباحث صياغة عبارات تلائم عينة البحث وسيتضح ذلك في خطوات إعداد المقياس.

خطوات إعداد المقياس:

الخطوة الأولى:

مرحلة الإطلاع على الأطر النظرية بما تتضمنه من مفاهيم لقلق الموت وكذلك الإطلاع على الأبحاث وعلى الدراسات السابقة والنظريات المتعلقة بقلق الموت وذلك بقصد وتحديد قلق الموت بشكل عام عند الأطفال وقلق الموت لدى الأطفال المصابين بمرض السرطان على وجه الخصوص في المرحلة العُمرية من (١٢: ١٥) عام.

الخطوة الثانية:

مرحلة الإطلاع على عدد من الاختبارات والمقاييس الفعلية التي تناولت قلق الموت ومنها: مقياس قلق الموت إعداد تمبلر عام (١٩٦٧)، مقياس قلق الموت إعداد فاروق عثمان عام (١٩٩٣)، مقياس قلق الموت إعداد أحمد محمد عبد الخالق عام(١٩٩٦).

ولاحظ الباحث عدم مناسبة هذه الاختبارات لعينة البحث، لذلك فقد وجد الباحث ضرورة إعداد مقياس لقياس قلق الموت لدى الأطفال المصابين بمرض السرطان في المرحلة العُمرية من سن(١٢-١٥) عام، ولذا فقد راعي الباحث عند إعداد المقياس جوانب النمو المختلفة للطفولة وما يتمتع بها الطفل من خصائص وما يعاني منه الطفل المريض بمرض السرطان وكذلك تعقد وصعوبة علاجه.

الخطوة الثالثة:

تحديد المجالات التي يهدف المقياس لقياسها ولذلك فقد عرف الباحث قلق الموت أنه هو شعور سلبي غير سار يصاحبه حالة من الخوف والتوتر الشديد،مما يودي إلي اضطراب الطفل وذلك حينما يكون تفكيره متمركز

حول الموت، مما يؤدى إلى تدهور حالته. ولذلك يتكون المقياس من مجال واحد وهو قلق الموت عند الأطفال المصابين بالسرطان.

الخطوة الرابعة:

مناسبة المقياس لمرحلة الطفولة والمحددة في عينة البحث من (١٢-١٥) عام من حيث:

١- النمو العقلي: يستطيع الطفل أن يعي ويدرك ما تعبر عنه العبارة.

٢- النمو اللغوي: يتمكن الطفل من أن يدرك الألفاظ المستخدمة في هذه العبارات.

٣- الموضوع والمحتوى: بحيث يعبر المقياس عن قلق الموت لدى الأطفال المصابين بالسرطان.

٤- صياغة العبارات بشكل مناسب: لقد راعى الباحث عند صياغة عبارات المقياس أن تكون العبارات محددة في معناها بحيث لا تحمل أكثر من معنى مما يؤدي إلى إرباك الطفل، وأن تكون مفردات العبارات بسيطة وملائمة لقاموس الطفل ونموه اللغوي والعقلي، وأن تكون العبارات مستمدة من التعبيرات الحقيقية للطفل عن قلقه من الموت.

الخطوة الخامسة:

قام الباحث بعرض المقياس في صورته الأولية على مجموعة من السادة المحكمين وذلك للحكم على مدى صلاحية المقياس وإبداء التعديلات اللازمة من حيث:

١- المجالات ومدى مناسبتها للمقياس.

٢- ملائمة العبارات من حيث صياغتها.

٣- مدى ارتباط العبارات بالمجال المراد قياسه.

٤- مدى ملائمة العبارات للفئة المقدمة إليها.

ولقد قام الباحث بتفريغ ملاحظات وتوصيات السادة المحكمين وتم إرفاق الصورة الأولية للمقياس في ملاحق الدراسة.

الخطوة السادسة: وصف المقياس

أعده الباحث عام (٢٠١٢)، هذا المقياس يستخدم في قياس قلق الموت عند أطفال مرضى السرطان في مستشفى مصر(٥٧٣٥٧) لدى الأطفال من الجنسين تراوحت أعمارهم من عُمر (١٢-١٥) عام، ويتكون المقياس في صورته النهائية من عدد (١٤) عبارة يطلب من العميل إبداء الرأي بالنسبة لكل عبارة من عبارات المقياس على متدرج من خمس إجابات وهي (أبدًا، نادرًا، أحيانًا، غالبًا، دائمًا) ويكون تصحيح العبارة متدرج من (١-٥) وبذلك فتكون أعلى درجة يحصل عليها العميل (٧٠) وأقل درجة يحصل عليها تكون (١٤)، ويكون تدرج درجات العميل في شعوره بقلق الموت كالآتي:

١-إذا حصل العميل على درجات من (١-١٤) يكون شعور الطفل بقلق الموت على المقياس منخفض جدًا.

٢-إذا حصل العميل على درجات من (١٥-٢٨) يكون شعور الطفل بقلق الموت على المقياس منخفض.

٣-إذا حصل العميل على درجات من (٢٩-٤٢) يكون شعور الطفل بقلق الموت على المقياس متوسط.

٤-إذا حصل العميل على درجات من (٤٣-٥٦) يكون شعور الطفل بقلق الموت على المقياس مرتفع.

٥-إذا حصل العميل على درجات من (٥٧-٧٠) يكون شعور الطفل بقلق الموت على المقياس مرتفع جدًا.

الخطوة السابعة: طرق حساب صدق المقياس

استخدم الباحث طريقة صدق المحكمين وذلك بعرض المقياس على عدد من المتخصصين في ذلك المجال وتم إرفاق أسمائهم في ملاحق الدراسة.

الخطوة الثامنة: طرق حساب ثبات المقياس

لقد استخدم الباحث معامل ألفا لحساب ثبات المقياس وكانت قيمته (٠,٩٩٨) وهي قيمة تدل على ثبات عالي للمقياس، وكذلك استخدم طريقة

إعادة التطبيق لحساب معامل ثبات الاستقرار وكانت نسبته ٠,٩٩٦** وكانت القيمة دالة عند مستوى (٠,٠١).

٥- مقياس اكتئاب الأطفال: (إعداد/غريب عبد الفتاح غريب١٩٩٢)

يتم عرضه من خلال عدة نقاط

أ-كيفية الاختيار وأسبابه.

ب-وصف المقياس.

ج-طرق حساب صدق المقياس.

د-طرق حساب ثبات المقياس.

أ-كيفية الاختيار وأسبابه.

أطلع الباحث على بعض المقاييس الخاصة بالاكتئاب ومنها:

١- مقياس بيرلسون للاكتئاب عند الأطفال ترجمة د.عبد العزيز ثابت (١٩٨٧).

٢- مقياس الاكتئاب للصغار إعداد غريب عبد الفتاح غريب (١٩٨٨).

٣- مقياس (د) للصغار الصورة الفصحى إعداد غريب عبد الفتاح (١٩٩٢).

٤-مقياس بيك للاكتئاب (الصورة المختصرة) إعداد لطفي فطيم(١٩٩٤).

وتم اختيار مقياس (د) للصغار الصورة الفصحى(إعداد/ غريب عبد الفتاح غريب ١٩٩٢) لتطبيقه في هذه الدراسة، وذلك لقياس الاكتئاب لدى الأطفال المصابين بسرطان الدم الحاد.

أسباب اختياره

١-ملائمة هذه الأداة للمرحلة العُمرية للطفل حيث تتراوح أعمارهم من (١٢-١٥) عام.

٢-مجموعة الأعراض التي يغطيها المقياس وهى الحزن، التشاؤم، الإحساس بالفشل، الشعور العام بفقدان الاستمتاع، التصرف الخاطئ، القلق التشاؤمي، كراهية الذات، التردد، الشعور

بالوحدة، تدهور الأداء المدرسي، انخفاض الشهية في الطعام، اضطراب النوم، الإجهاد...................الخ

٣-أثبتت برامج بعض الدراسات السابقة والتي تم تطبيقها على أطفال مستشفى (٥٧٣٥٧) فاعلية هذا المقياس في الكشف عن الاكتئاب لدى الأطفال مثل دراسة **(محمود عبد الرحمن، ٢٠١٢)**.

ب- وصف المقياس

أعده غريب عبد الفتاح غريب(١٩٩٢)، هذا المقياس المستخدم في قياس الاكتئاب لدى الأطفال من الجنسين من عُمر(٧سنوات حتى ١٨ عام) ويتكون المقياس في صورته النهائية من(٢٧) مجموعة من العبارات تتكون كل منهما من ثلاث عبارات على العميل أن يقوم باختيار إحداها، وتأخذ العبارات درجات من (صفر-٢) وذلك في اتجاه ازدياد شدة العرض وبذلك فان الدرجة على المقياس تتدرج من (صفر إلى ٥٤)، وتبدأ نصف مجموعات العبارات تقريبا بالاختيار الذي يعكس أعلى درجة للعرض بينما تبدأ باقي مجموعات العبارات عكس ذلك، ويُطلب من العميل أن يختار عبارة واحدة من كل مجموعة والتي تصف حالته خلال الأسبوعين الأخيرين، ويقوم العميل بوضع علامة في المربع المجاور للعبارة التي اختارها.

ج- طرق حساب صدق المقياس

في البيئة الأجنبية:استخدمت عدة طرق في دراسة صدق المقياس ومن هذه الطرق كانت طريقة الصدق التلازمي وذلك بالاستعانة بمقياسين من مقاييس التقرير الذاتي اللذين يحملان مكونات أو مفاهيم متصلة بالاكتئاب وهما مقياس القلق الظاهر المعدل الأطفال، ومقياس كوبر سميث لتقدير الذات. ووصل معامل الارتباط بين درجات مجموعة من الأطفال المحولين للعلاج النفسي(ن=٥٥) على مقياس الاكتئاب (د) للصغار ومقياس القلق الظاهر المعدل للأطفال إلى (٠,٦٥) بمستوى دلالة (٠,٠٠٠١) بينما وصل معامل الارتباط بين درجات نفس المجموعة على مقياس الاكتئاب (د)

للصغار ودرجاتها على مقياس كوبر سميث لتقدير الذات إلى (٠,٥٩) وهو معامل دال عند المستوى(٠,٠٠٠١).

واستخدمت طريقة الصدق التمييزي في دراسة لصدق مقياس الاكتئاب (د) للصغار وذلك بدراسة معامل الارتباط بين درجات مجموعة الأطفال المكتئبين على المقياس وكان عددهم (٢٢) وبين التقديرات الإكلينيكية لشدة اكتئابهم وذلك باستخدام جدول المقابلة للأطفال، ووصل معامل الارتباط إلى (٠,٤٢) وهو معامل ارتباط دال عند مستوى (٠,٠٢).

واستخدمت طريقة صدق التكوين حيث توصل كزدين وزملاؤه إلى معامل ارتباط بين نتائج مجموعة من الأطفال على مقياس الاكتئاب (د) ونتائجهم على مقاييس أخرى لقياس مفهوم الاكتئاب، حيث وصلت معاملات الارتباط بين مقياس الاكتئاب (د) للصغار وبين مقياس يقيس اليأس إلى (٥١,) **وبين مقياس الاكتئاب** (د) للصغار وبين مقياس تقدير الذات (٠,٤٩) وهي معاملات دالة عند نسبة (٠,٠٠١).

في البيئة المصرية: استخدمت طريقة صدق التكوين في دراسة صدق مقياس الاكتئاب (د) للصغار وقد وصل معامل الارتباط بين مقياس (د) للصغار ومقياس غريب (١٩٨٥) وصل معامل الارتباط عند الطالبات إلى (٠,٨٧) وعند الطلبة إلى (٠,٧١).

د- طرق حساب ثبات المقياس:

في البيئة الأجنبية:

لجأ مُعد المقياس لحساب الثبات إلى استخدام معامل الفا لدراسة الاتساق الداخلي للمقياس حيث وصل معامل الاتساق الداخلي للمقياس إلى (٠,٨٧).

و استخدم المُعد طريقة أخرى وهى طريقة إعادة التطبيق حيث تم تطبيق المقياس مرتين بفاصل زمني مقداره شهر واحد ووصل معامل الثبات إلى (٠,٨٢) وهو عامل دال عند مستوى (٠,٠٠٠١).

في البيئة المصرية:

استخدمت طريقتين لحساب الثبات وهما طريقة إعادة التطبيق وطريقة الاتساق الداخلي باستخدام معامل الفا وصلت معاملات الثبات ما بين (٠,٧٢) إلى (٠,٨٨) وكلها معاملات ثبات مرتفعة. وقام الباحث بحساب الثبات في البحث الحالي بطريقة إعادة التطبيق وكانت قيمة معامل ثبات الإستقرار ٠,٢٥٢ * وهى دالة عند مستوى (٠,٠٥).

خطوات وإجراءات التطبيق:

١- في البداية الباحث كان مهتما بدراسة الأطفال مرضى السرطان وذلك لما يعانون منه هؤلاء الأطفال من ألم جسدي وألم نفسي حيث أن الباحث أحد أفراد قسم المتطوعين في مستشفى (٥٧٣٥٧).

٢- قام الباحث بالدراسة الاستطلاعية الأولى لهذه الدراسة للتعرف على المشكلات التي يعاني منها الأطفال وأيضا محاولة إعداد مقياس لقلق الموت الخاص بالأطفال واستخدم الباحث أسلوب المقابلة الجماعية مع الأطفال ومناقشتهم في مشاكلهم وقال أحد الأطفال(إن الإعلانات الخاصة بجمع التبرعات الخاصة بالمستشفى بتخلي الواحد يشعر إنه خلاص قرب من الموت لو الناس في يوم من الأيام نسيت تتبرع لينا) وكانت الدراسة الاستطلاعية الأولى من أطفال وحدة الرعاية المؤقتة وذلك بسؤال (٣٠) طفل وطفلة من مرضى السرطان وأولياء أمورهم وعدد من الأطباء والممرضين وأمناء المكتبة وأمناء غرف اللعب حيث أشاروا إلى أن ما يلاحظونه على الأطفال في عُمر (١٢-١٥) عام ليس لديهم قدرة على تناول الطعام، عدم تفاعلهم مع أحد أثناء تعليق المحاليل، أثناء تناول العلاج الكيماوي، وشعورهم بالوحدة رغم وجود آخرين حولهم، العصبية الزائدة، وقد ذكر بعض أولياء الأمور أن أطفالهم يتوترون جدًا عند العلم بوفاة أحد الأشخاص، ويتوترون جدا جدا إذا علموا أن أحد

الأطفال الذين هم في أمثال أعمارهم ويعاني من نفس المرض توفاه الله.

٣- ولقد قام الباحث بالدراسة الاستطلاعية الثانية كان الهدف منها إعداد مقياس المساندة الاجتماعية وكانت من غرف العيادات الخارجية وقام الباحث بسؤال (٣٠) طفل وطفلة من مرضى السرطان وأولياء أمورهم وعدد من الأطباء والممرضين وأمناء المكتبة وأمناء غرف اللعب حيث أشاروا إلى أنه مما يلاحظونه على الأطفال في عُمر (١٢-١٥) عام التفاعل الشديد مع المتطوعين في المستشفى، والجلوس معهم، وحضور الحفلات التي ينظمها المتطوعين لهم في المستشفى، وحضور حفلات الغناء، وذكر بعض الأطفال أن ما يفعله المتطوعين معهم يخفف عنهم كثير من التعب ويجعل الوقت يمر سريعا عليهم.

٤- ولقد قام الباحث بالدراسة الاستطلاعية الثالثة كان الهدف منها معرفة المشاكل النفسية الخاصة بهم من ناحية(الاكتئاب وقلق موت)وكانت من غرف الإقامة الذين يقيمون فيها الأطفال من الدور الثالث إلى الدور السادس وقام الباحث بسؤال (٣٠) طفل وطفلة من مرضى السرطان وأولياء أمورهم وعدد من الأطباء والممرضين وأمناء المكتبة وأمناء غرف اللعب حيث أشاروا إلى أنه مما يلاحظونه على الأطفال في عُمر (١٢-١٥) عام أن هناك بعض الأطفال يكونوا عصبين جدا ولا يتفاعلون مع أحد، ولا يخرجون من الغرفة أثناء تعليق المحاليل أو العلاج الكيماوي، والبعض الآخر يتفاعل معهم، وقد قال لي أحد الأطفال والدموع في عينيه(خلاص مفيش فايده هي الحياة كده قربت على الانتهاء، وتوقف بسيطا ثم قال لي كل شئ بيد الله، وقال أنا كان نفسي أصبح دكتور علشان أخفف عن الأطفال مرض السرطان لكن الحمد لله)

٥- تم اختيار مشكلة الدراسة وهي (المساندة الاجتماعية وعلاقتها بكلا من الاكتئاب وقلق الموت) لدى عينة من أطفال مرضى السرطان من سن(١٢-١٥)عام.

٦- تم بناء مقاييس الدراسة ومنها مقياس المساندة الاجتماعية الذي يتناول أربعة مجالات أساسية وهم (الأسرة والأصدقاء والجيران والمتطوعين) وهنا الباحث أضاف مجال المتطوعين نظرًا لدوره الفعال مع الأطفال وقد تم توضيح ذلك من خلال الدراسة الاستطلاعية. وقام الباحث بناء مقياس قلق الموت أيضًا.

٧- تم أخذ الموافقة من الجهة المسئولة عن الأطفال في مستشفى ٥٧٣٥٧ وذلك من خلال دخول تقييم اللجنة العلمية وتم عرض مشكلة الدراسة، وأهدافها، وأهميتها، والدراسات السابقة، وأدوات الدراسة...الخ.

٨- تم تطبيق استمارة جمع البيانات وتطبيق استمارة المستوى الاقتصادي والاجتماعي وتطبيق مقياس الاكتئاب وقلق الموت والمساندة الاجتماعية وتكونت عينة الدراسة من (١٠٠) طفل (٥٠) من الذكور و(٥٠) من الإناث تراوحت أعمارهم من (١٢-١٥)عام من أطفال سرطان الدم الليمفاوي الحاد.

٩-أُعيد تطبيق المقاييس مرة أخرى بعد مرور(٢١) يوم، ثم تم عمل الإحصاء المناسبة للبيانات، وأخيرا تم استخلاص النتائج وتفسيرها في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة.

***

الصعوبات التي واجهت الباحث أثناء التطبيق.

١- تم تطبيق المقاييس على الأطفال وهم في غرفهم أثناء تناول العلاج الكيماوي وكان ذلك يتطلب إقامة علاقة طيبة مع المرافق للطفل المريض وهو أحد أفراد الأسرة وبعد ذلك إقامة علاقة طيبة مع الطفل المريض وكان ذلك الأمر يستغرق وقتًا طويلاً.

٢- تطبيق المقاييس بشكل فردي على الأطفال حيث لم يقبل أي طفل تطبيق المقاييس بنفسه وذلك بسبب عدم رغبتهم في القراءة، ولذلك كان يقوم الباحث بقراءة العبارات لهم والأطفال يقومون بالإجابة عليها، مما كان يُمثل على الباحث صعوبة كبيرة في التطبيق.

٣- كان الباحث يحصل علي أسماء الأطفال من قسم البحث العلمي ويذهب للتطبيق عليهم وذلك حسب مواصفات العينة وكان يذهب لكل طفل في غرفته.

٤- بعض الحالات تم تطبيق مقياس عليها ثم تعبت تعب شديدًا فتوقف الباحث عن التطبيق وشرع الباحث في تكميل التطبيق بعدها بثلاثة أيام.

٥- عبارات مقياس قلق الموت كانت تثير مشاعر الطفل والمرافق له وتأثر الباحث كثيرا بذلك وهنا طلب الباحث من المتطوعين أن يساعدوه في التهيئة النفسية للمرافق والطفل بعد تطبيق ذلك المقياس حيث أنه كان آخر مقياس يطبقه الباحث من مجموعة أدوات الدراسة.

٦- كان يحلم الباحث كثيرًا أنه أصيب بمرض السرطان وكان اليوم الذي يحلم فيه فلا يذهب إلى المستشفى ويكون ملازما لغرفته طوال ذلك اليوم ولا يخرج من غرفته.

الاعتبارات الأخلاقية التي راعاها الباحث:

- تم الحصول على إذن رسمي من مستشفى (٥٧٣٥٧) لأخذ عينة الدراسة من المستشفى وتطبيق المقاييس عليهم.

- تم الحصول على إذن رسمي من مسئول قسم البحث العلمي الخاص بأبحاث أطفال سرطان الدم الحاد.
- تم الحصول على موافقة شفاهية من الأطفال وأولياء أمورهم بتطبيق أدوات الدراسة علي الطفل المريض. (حيث يوجد نص صريح بالموافقة من أولياء الأمور مرفق بملاحق الدراسة).
- تم الحصول على موافقة من الطبيب المعالج للطفل المريض بتطبيق أدوات الدراسة علي الطفل. (حيث يوجد نص صريح بالموافقة من الطبيب المعالج مرفق بملاحق الدراسة).
- تم إبلاغ الأطفال وأولياء أمورهم أن نتائج الدراسة والبيانات التي يتم جمعها لا يتم استخدامها إلا لغرض البحث العلمي فقط.

المعالجات الإحصائية

- استخدم الباحث معامل الارتباط (بيرسون).

وذلك لحساب العلاقة بين متغيرات الدراسة ومدى ارتباطها ببعضها البعض، وتوضيح نوعية الارتباط، وتوضيح مدى دلالة الارتباط.

- استخدم أيضا الباحث اختبار(ت) للمقارنة بين مجموعات الذكور والإناث.

وذلك لحساب الفروق بين متوسطي درجات الذكور والإناث على مقياس المساندة الاجتماعية، ولحساب الفروق أيضا بين متوسطي درجات الذكور والإناث على مقياس الاكتئاب، ولحساب الفروق بين متوسطي درجات الذكور والإناث على مقياس قلق الموت.

{}{} {}{}

الفصل الرابع

عرض نتائج الدراسة ومناقشتها

***

تمهيد:

يتناول هذا الفصل عرضا للنتائج التي تم التوصل إليها عن طريق تطبيق أدوات الدراسة بهدف التحقق من صحة الفروض التي تضمنتها هذه الدراسة وقد تم التوصل لهذه النتائج باستخدام الأساليب الإحصائية الموضحة سابقا بالفصل الرابع.

***

الفرض الأول: لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين درجات المساندة الاجتماعية وقلق الموت لدى عينة من أطفال مرضى السرطان.

جدول رقم (١٦) يوضح العلاقة الإرتباطية بين المساندة الاجتماعية وقلق الموت.

العلاقة	الارتباط	الدلالة
المساندة الاجتماعية قلق الموت	-٢٤٨,	٠,٠١

يوجد ارتباط دال إحصائيا (سالب/عكسي) ضعيف بين المساندة الاجتماعية وقلق الموت دال عند مستوى (٠,٠١) إذن يرفض الفرض الصفري ويصاغ الفرض بالصيغة التالية (توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين درجات المساندة الاجتماعية وقلق الموت لدى عينة من أطفال مرضى السرطان). وذلك يعني أنه كلما ارتفعت المساندة الاجتماعية انخفض قلق الموت لدى عينة الدراسة والعكس إنها كلما انخفضت المساندة الاجتماعية ارتفع قلق الموت لدى عينة الدراسة.

ووفقًا لنظرية تمبلر فإن درجة القلق من الموت ترجع إلى محددين أساسيين هما:

١- الحالة العامة للصحة النفسية لدى الفرد.

٢- خبرات الحياة المرتبطة بالصحة الجسمية. (أحمد عبد الخالق وآخرون، ٢٠٠٧: ٣٩)

وبالنسبة للعامل الأول (حالة الصحة النفسية للفرد بوجه عام) وجد أن المرضى النفسيين يميلون للحصول على درجات مرتفعة على قوائم قلق الموت، وذلك مقارنة بالأسوياء.

ومن ناحية أخرى ظهرت مؤشرات الاضطرابات وعدم التوافق لدى الأسوياء وغير الأسوياء مرتبطة ارتباطًا إيجابيًا مع قلق الموت. (Abdel-Khalek & Tomas-Sabado,2005)

أما بالنسبة للعامل الثاني (خبرات الحياة المتصلة بالصحة الجسمية) فوجد أن قلق الموت يرتبط بتدهور الصحة الجسمية أو التكامل البدني، كما أن الخبرات الحياتية التي يواجهها الإنسان حول الموت ومثيراته المختلفة هي التي تحدد درجة القلق من الموت لديه.

(أحمد عبد الخالق، ٢٠٠٧: ٣٩).

ووفقا لما تطرق له العامل الثاني فنجد أن الطفل المصاب بسرطان الدم الحاد عند تناوله العلاج الكيماوي فإنه يتعرض لفقدان الشهية، والتعب، والغثيان، واضطراب الأمعاء، والقيء، اضطراب التغذية، الإرهاق، عدم الشعور بالراحة الجسمية، فقدان الوزن، الأرق، اضطرابات النوم، الإسهال،

ارتفاع درجة الحرارة....إلخ وهنا تكون خبرات الحياة المرتبطة بالصحة الجسمية للطفل المصاب بسرطان الدم الحاد تكون مؤلمة جدا، ووفقا لتلك النظرية فإن قلق الموت يرتفع عند الأطفال نظرًا لتعرضهم لخبرات العلاج المؤلمة الصعبة.

أما بالنسبة لنظرية تدبر الهلع، وهي تصف الطرق والآليات التي يوظفها الأفراد من خلال إطارهم الثقافي لتدبر الهلع والقلق المتزايد نتيجة وعيهم وشعورهم بأنهم سيموتون في يوم ما، وترى النظرية أن قدرة الفرد على التحليل السببي، وتكوين توقعات، وصورته عن ذاته، تزيد من وعيه بالموت، وبالتالي تبرز أنماطًا متعددة من الاستجابات الانفعالية كالقلق والهلع والخوف، ومن هنا يساعد الإطار الثقافي- الذي يعيشه الفرد- وظيفيًا على تدبر هذا القلق أو الهلع، وذلك من خلال مفهوم التخفيفات الثقافية. (هناء شويخ، ٢٠٠٧: ١١٩)

وترجع هذه النظرية القلق من الموت إلى دافع حفظ الذات الذي يشترك فيه الإنسان مع الكائنات الحية، ولكن على الرغم من مشاركة الإنسان لهذا الدافع فإن الإنسان يؤمن بأن الموت حتمي ولا مفر منه، وتضيف النظرية أن تدبر الهلع من خلال مفهوم التخفيفات الثقافية للقلق يتكون من الإطار الثقافي العالمي،تقدير الذات، ويقصد بمفهوم الإطار الثقافي العالمي مجموعة المعتقدات السائدة بين الأفراد والتي يتم تكوينها من خلال بيئتهم الثقافية التي يعيشون فيها،والتي تمدهم بمعني القيم، وترتيبها، ومعاييرها، وثباتها، أما مفهوم تقدير الذات فيشير إلى اعتقادات الفرد، والتي يتم تكوينها طبقًا للطريقة التي يعيش بها مع القيم الموجودة في الإطار الثقافي. (Nadhmi,2006)

فبعض الأطر الثقافية تحث الفرد على الوعي الكامل بالموت، ومن ثم تزيد القلق عنده، فالقاعدة الأساسية لنظرية تدبر الهلع أن الوعي بمفهوم الموت يزيد من إحساس الفرد بالهلع والخوف والقلق، ومن ثم تظهر الحاجة إلى تقييم الإطار الثقافي لهؤلاء الأفراد لمعرفة كيفية تدبرهم للهلع. (ying, et al, 2007)

ووفقا للأطر الثقافية التي تحث الطفل المصاب بسرطان الدم الحاد علي الوعي الكامل بالموت، فنجد هؤلاء الأطفال يتعرضون لمشاهدة الإعلام والإعلانات وهي تمثل جزء كبير من ثقافة الطفل في المجتمع، وهناك بعض الإعلانات التي تثير المشاعر المؤلمة لدي الأطفال وهذا ما تحدث فيه بعض الأطفال والدموع في أعينيهم وكان الهدف من كلامهم أن لو جمع التبرعات توقف في يوم من الأيام فإنهم سيموتون لا محالة. ونجد في المقابل المساندة الاجتماعية فنجد نظرية التبادل الاجتماعي لتفسير العوامل الدافعة للانضمام للجماعة، وتشير تلك النظرية إلى العلاقات والتفاعلات الاجتماعية تميل إلى أن تكون بدافع الرغبة في تحقيق أكبر قدر من الفوائد وتقليل التكلفة من خلال السعي لتبادلات مثمرة وتجنب الأشياء الغير المرغوبة ويرى أصحاب هذه النظرية أن التبادلات الاجتماعية التي تدرك أنها إيجابية بشكل عام تعزز النظرة الإيجابية والنجاح في حل المشكلات ومواجهة الضغوط وتتضمن أيضا التفهم والقدرة على إقامة حوار والتقدير وترتبط بانخفاض القلق والاكتئاب".(نفيسة فوزى، ٢٠١٢: ١٦)

ويشير أسامة أبو سريع إلى أن الفرد في ضوء تلك النظرية يقيم الإشباعات التي يحصل عليها من الجماعة في ضوء محكين هما: المحك الشخصي ويتمثل في تحديد الحد الأدنى من الإشباع من خلال العضوية في الجماعة ؛والمحك الآخر هو محك المقارنة ويعني المقارنة بين الإشباعات التي يحصل عليها الفرد من علاقات معينة بالإشباعات التي يمكن أن يحصل عليها من خلال علاقة أخرى بديلة ويسعى الفرد للعلاقة التي تحقق له إشباعا أكبر.

(ماجدة حسين، ٢٠٠٩: ٢٦٦).

ونرى أيضا في النظرية الكلية إنها تؤكد على أن المساندة الاجتماعية تؤدي دورا مهما للفرد وخاصة في المواقف الصعبة التي يمر بها وتركز كذلك على الخصائص الشخصية التي يمكن أن تؤثر في شبكة العلاقات الاجتماعية المحيطة بالفرد والخاضعة للمواقف الاجتماعية التي يواجهها في

حياتة اليومية وتهتم هذه النظرية أيضا بقياس الإدراك الكلي لمصادر المساندة المتاحة للفرد ودرجة رضاه عن هذه المصادر. وليس هناك موقف صعب أكثر مما نحن فيه وهو تعرض الطفل لمرض خطير فتاك مثل مرض السرطان ولذلك نجد أن المساندة الاجتماعية تلعب دورًا كبيرًا في حياة الطفل المصاب بالسرطان وخصوصا عندما تكون المساندة الاجتماعية مُقدمة من الأسرة والأصدقاء والجيران والمتطوعين،هذه المساندة مُقدمة للطفل المصاب بسرطان الدم الحاد في سن(١٢-١٥) عام ولكن هل يشعر الطفل بتلك المساندة المُقدمة أم لا ؟

ولذلك سيقوم الباحث بعرض كل بُعد من أبعاد المساندة الاجتماعية وعلاقته بقلق الموت حتى يتضح لنا أكثر العوامل تأثيرا في قلق الموت لدى عينة الدراسة.

جدول رقم (١٧) يوضح العلاقة الإرتباطية بين بُعد الأسرة أحد أبعاد المساندة الاجتماعية وقلق الموت:

العلاقة	الارتباط	الدلالة
قلق الموت	,١١٣-	٠,٠١
بُعد الأسرة		

يوجد ارتباط دال إحصائيا (سالب/عكسي)ضعيف بين قلق الموت وبُعد الأسرة دال عند مستوى (٠,٠١) وذلك يعني أنه كلما ارتفعت مساندة الأسرة للابن المصاب بالسرطان انخفض لديه شعور قلق الموت. ويمكن تفسير ذلك أنه كلما شجعت الأسرة ابنها على تبني نمط تفكير إيجابي، وقامت الأسرة بتقوية العلاقة بينه وبين أخوته وأفراد عائلته، وقامت الأسرة بمناقشة ابنها في التغيرات الجسدية التي يعيشها الآن، وإمداده بجميع المعلومات الضرورية عندما تواجهه مشكلة ما في أي وقت وإمداده أيضا بجميع المعلومات الضرورية الخاصة بمرضه وطبيعة العلاج وخطوات العلاج بشكل تتابعي وتوضيح الأمر له بشكل علمي وصحيح مع مراعاة مشاعر ابنها أثناء توضيح المعلومات الخاصة بمرضه وطريقة علاجه. فعندما تقوم الأسرة بتقدير الابن لذاته وإشعاره بأهميته وتُحمله الأسرة المسئولية فيما يتماشى مع

قدراته وإمكانياته وظروفه المرضية والعلاجية، وعندما تقوم الأسرة بسماع رأيه باهتمام في جميع الموضوعات الخاصة بالأسرة ومشاكل الأسرة وإشعاره بأنه محل ثقة لدى جميع أفراد الأسرة وأن رأيه محل اهتمام وتقدير من الجميع وتشعره أسرته أنه قادر على التفكير بشكل صحيح،وتساعده أسرته على التعبير عن مشاعره بشكل قوي وتشعره الأسرة بالدفء العاطفي منها واحتوائها له، وعندما تسمع له باهتمام وقت انفعاله وغضبه، وتساعده أسرته على تحسين حالته عندما يكون متوترا من موقف علاجي،ومساعدته على التخطيط الكامل ليومه وإرشاده على الاستفادة من وقت فراغه وتشجعه الأسرة على أن يكون مستقلا منظما في كل شئونه، وعندما تشعره الأسرة بأنه شخص يمكن الاعتماد عليه، وتوفر له الأسرة ما يعينه على اكتساب بعض المهارات الجديدة في بعض المجالات مثل الفنية والعلمية...إلخ. كل ذلك يجعل انخفاض قلق الموت يرتبط ارتباط عكسي بالأسرة أي أنه كلما زادت مساندة الأسرة انخفض قلق الموت لديه.

ويرجع الباحث الارتباط العكسي الضعيف هنا في نتيجة الدراسة إلى أن الأسرة لا تتعامل بذلك الشكل مع الطفل المريض بالسرطان، بل وتقوم بمعاملته معاملة خاصة من حيث إبعاده عن جميع مهام الأسرة ولا يعاملونه معاملة عادية مع مراعاة ظروفه، وإمكانياته وإضافة إلى ذلك الصدمة التي تكون فيها الأسرة عندما تعلم بأن أحد أبنائها مصاب بالسرطان، وتكون الصدمة بسبب قلق الآباء والأمهات المبالغ فيه على صحة ابنها المصاب بالسرطان والتصور الذهني عند الوالدين بأن ابنها ميت لا محالة وأن العلاج ما إلا مسكن فقط لمرض إبنها، وبصفة عامة فإن الوالدين لا يقدرون على إخفاء مشاعر الحزن والبكاء الشديد أمام غبنهم المصاب بالسرطان فينتقل له القلق بشكل عام، كل ما سبق يجعل الارتباط العكسي ضعيفا بين مساندة الأسرة وقلق الموت.

جدول رقم (١٨) يوضح العلاقة الإرتباطية بين بُعد الأصدقاء أحد أبعاد المساندة الاجتماعية وقلق الموت.

العلاقة	الارتباط	الدلالة
قلق الموت	-٣١٦,	٠,٠١
بُعد الأصدقاء		

يوجد ارتباط دال إحصائيا (سالب/عكسي) بين قلق الموت وبُعد الأصدقاء دال عند مستوى (٠,٠١) وذلك يعني أنه كلما ارتفعت مساندة الأصدقاء لصديقهم المصاب بالسرطان انخفض لديه شعور قلق الموت. وهنا مستوى الارتباط بين قلق الموت والأصدقاء أعلى من الارتباط بين قلق الموت والأسرة وذلك قد يكون راجعا إلى طبيعة المرحلة العُمرية التي بها عُمر العينة حيث أن عُمر العينة يتراوح من سن (١٢-١٥) عام أي في مرحلة المراهقة المبكرة ومن خصائص تلك المرحلة رفض السلطة الأسرية واللجوء الكامل للأصدقاء بشكل قوي وواضح وذلك لأن الأصدقاء المرضى في نفس عُمره الذين يقضي معهم وقت طويل أثناء تلقي العلاج فيستطيعون أن يتكلموا في كل ما يقلقهم بشكل قوي ويستطيع كل منهم أن يعطي الأمل للآخر بأن الشفاء سوف يكون حليفه وخصوصا عندما يكون في نفس عُمره ونفس مرضه ولكن أصيب بالسرطان من قبله فيستطيع أن ينقل له التجربة بشكل كامل وواضح وأنه في يوم من الأيام أخذ تلك الجرعة وأنه الآن أمامه سيلم معافا لا يمسه أي ضرر، إضافة إلى ذلك إن بعض الأصدقاء يبادرون بتقديم يد العون إلى أصدقائهم دون أن يطلب منهم، وأنهم عندما يجلسون معا فكل منهم يقدر أفكار الآخر التي يقدمها، ويتبادلون الحديث خارج المستشفى ويسأل كلا منهم على الآخر، وعندما تكون هناك مهمة صعبة وتحتاج إلى مجهود فكل منهما يساعد الآخر لإنجاز تلك المهمة التي تحتاج إلى مجهود مشترك، وعندما تواجهه مشكلة ما فانه يجلس مع أصدقائه ويتناقشون في تلك المشكلة ويقدمون له اقتراحات للتعامل مع تلك المشكلة وذلك يعطيه قوة في الإحساس بالانتماء إلى مجموعة الرفاق، ويجد من أصدقائه من يعاونه في فهم بعض النقاط المدرسية الصعبة التي يصعب فهمها، ويعتمد بعض

الأصدقاء عليه في أداء بعض المهام، ويشاركه أصدقائه في فرحه وفي حزنه فيفرحون لفرحه ويحزنون لحزنه، وعندما يجلس مع أصدقائه فيتحدث في كل المواضيع الخاصة به دون حرج أو تكلف ؛ كل ذلك يجعل الارتباط بالأصدقاء قوي وفعال. ففي المستشفى يتم تجميع أطفال مرضى السرطان في مجموعات متجانسة من حيث العُمر والمرض ويجلسون في لقاء أسبوعي في يوم الثلاثاء من كل أسبوع يتحدثون فيما بينهم مع وجود (متخصص وطبيب نفسي وأخصائي نفسي) عن المرض وخبراتهم وكيف يتناقلون الخبرة فيما بينهم ومساعدة بعضهم البعض في المواد الدراسية ومحاورة بعضهم البعض في أداء بعض المهام ومشاركة بعضهم البعض في تلك المهام والتحدث بحرية كاملة بدون تكلف أو إحراج كل ذلك يجعل الأصدقاء عامل أقوى من الأسرة في خفض الشعور بقلق الموت.و كل ما سبق يجعل الارتباط العكسي الدال بين الأصدقاء وقلق الموت. أي أنه كلما ارتفعت مساندة الأصدقاء انخفض قلق الموت لدى عينة الدراسة والعكس أنها كلما انخفضت مساندة الأصدقاء ارتفع قلق الموت لدى عينة الدراسة.

جدول رقم (١٩) يوضح العلاقة الإرتباطية بين بُعد الجيران أحد أبعاد المساندة الاجتماعية وقلق الموت.

العلاقة	الارتباط	الدلالة
قلق الموت بُعد الجيران	-٠,١١٥	٠,٠١

يوجد ارتباط دال إحصائيا (سالب/عكسي) ضعيف بين قلق الموت وبُعد الجيران دال عند مستوى (٠,٠١) وذلك يعني أنه كلما ارتفعت مساندة الجيران للطفل المصاب بالسرطان انخفض لديه شعور قلق الموت. ويمكن تفسير ذلك بأن الجيران قد يهتموا في بداية الأمر بالسؤال عن الطفل المصاب بالسرطان والاهتمام به والذهاب إليه بشكل قوي وذلك في بداية الأمر ولكن نظرًا لانشغال الجيران بمصالحهم الشخصية وأفكارهم الخاطئة عن مرض السرطان بأنه مرض مُعدي فيجعلهم يحجمون عن زيارة الطفل المريض

بالسرطان ولذلك أصبح الارتباط ضعيف بين بُعد الجيران كأحد أبعاد المساندة الاجتماعية وقلق الموت.

جدول رقم (٢٠) يوضح العلاقة الإرتباطية بين بُعد المتطوعين أحد أبعاد المساندة الاجتماعية وقلق الموت.

العلاقة	الارتباط	الدلالة
قلق الموت بُعد المتطوعين	-١٢٧,	٠,٠١

يوجد ارتباط دال إحصائيا (سالب/عكسي) ضعيف بين قلق الموت وبُعد المتطوعين دال عند مستوى(٠,٠١) وذلك يعني أنه كلما ارتفعت مساندة المتطوعين للطفل المصاب بالسرطان انخفض لديه شعور قلق الموت.و يمكن تفسير ذلك أن المتطوع يذهب إلى المستشفى يطلب الانضمام لقسم المتطوعين ويبدأ بدوره في التعامل مع الطفل المريض بالسرطان ومحاولة إدخال البسمة عليه ومحاولة التواصل معه بشكل قوي ومساعدته على التغلب على المرض بشكل فعال. ولكن يُفسر ضعف الارتباط إلى عدم وضوح الرؤية عند المتطوعين عن طبيعة المرحلة العُمرية لعينة الدراسة (١٢-١٥) عاما، وعدم المعرفة الكاملة للمتطوعين بقلق الموت فلذلك جاء الارتباط ضعيفا بين مساندة المتطوعين كأحد أبعاد المساندة الاجتماعية وقلق الموت لدى عينة الدراسة.

ولذلك يمكن القول بأنه كلما ارتفعت المساندة الاجتماعية من ناحية (الأسرة، الأصدقاء، الجيران، المتطوعين) انخفض قلق الموت لدى عينة الدراسة التي يتراوح عُمرها من(١٢-١٥)عاما، وكلما انخفضت المساندة الاجتماعية من ناحية (الأسرة، الأصدقاء، الجيران، المتطوعين) ارتفع لدى عينة الدراسة قلق الموت ولذلك يتم رفض الفرض الصفري ولقد اتفقت نتائج الدراسة مع.

(Miller,2005 pp.412-437) وأيضا اتفقت مع

(Carachi,Jay,Amir,2008)

وهذا يتفق أيضا مع دراسة(Ulicny,2012)وكانت الدراسة بعنوان (أثر أداء الأسرة والأشقاء، ودعم الأقران، ودعم المعلمين على أداء الأطفال المصابين بمرض السرطان). وكانت الدراسة تهدف إلى دراسة تأثير أداء الأسرة، المساندة الاجتماعية من الأصدقاء والمعلمين، وأوضحت الدراسة أن دعم الأسرة والأصدقاء والمعلمين أمر هام بالنسبة للأطفال المصابين بالسرطان لمواجهة المرض. ولقد اتفقت نتائج الدراسة مع دراسة(Murray,2000) حيث كانت دراسة استطلاعية وصفية الهدف منها معرفة تصورات المساندة الاجتماعية المقدمة من الأشقاء مقارنة بالمساندة الاجتماعية المقدمة من الآباء لعينة من أطفال مرضى السرطان، وأوضحت النتائج أن تدخل الأشقاء الفعال وتوفير الدعم العاطفي أكثر فائدة للأشقاء المصابين بالسرطان، وأن تدخل الوالدين الفعال لتوفير الدعم العاطفي مفيد لأبنائهم المصابين بالسرطان. وهذا ما يؤكد لنا ضرورة تقديم المساندة الاجتماعية للأطفال المصابين بمرض السرطان من خلال إتاحة الفرصة لهم للتعبير عن مخاوفهم وقلقهم وغضبهم والرد على جميع استفساراتهم وهو ما يحد من ارتفاع قلق الموت لديهم. الخلاصة: المساندة النفسية والاجتماعية هي أمر حيوي لتعافي النفس ورفاهية شباب مرضى السرطان في مرحلة المراهقة.

الفرض الثاني: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين درجات المساندة الاجتماعية والاكتئاب لدى عينة من أطفال مرضى السرطان.

جدول رقم (٢١) يوضح العلاقة الإرتباطية بين المساندة الاجتماعية والاكتئاب لدى عينة الدراسة.

العلاقة	الارتباط	الدلالة
المساندة الاجتماعية	,٥٢-	٠,٠١
الاكتئاب		

يوجد ارتباط دال إحصائيا (سالب /عكسي) بين المساندة الاجتماعية والاكتئاب دال عند مستوى (٠,٠١) وبذلك تحقق الفرض. يفسر ذلك أنه كلما ارتفعت المساندة الاجتماعية انخفض شعور الاكتئاب لدى عينة الدراسة والعكس إنه كلما انخفضت المساندة الاجتماعية ارتفع الشعور بالاكتئاب لدى عينة الدراسة.

جدول رقم (٢٢) يوضح العلاقة الإرتباطية بين بُعد الأسرة أحد أبعاد المساندة الاجتماعية والاكتئاب:

العلاقة	الارتباط	الدلالة
الاكتئاب	,٣٩-	٠,٠١
بُعد الأسرة		

يوجد ارتباط دال إحصائيا (سالب/عكسي) بين الاكتئاب وبُعد الأسرة دال عند مستوى (٠,٠١) ويفسر ذلك أنه كلما ارتفعت المساندة الاجتماعية من ناحية الأسرة كلما انخفض شعور الاكتئاب لدى عينة الدراسة. وذلك قد يرجع إلى أن الطفل يعتمد على أسرته بشكل قوي عندما تواجه مشكلة ما وتساعده أسرته على حل مشاكله الخاصة به، وعندما تتقبله أسرته على حالته التي هو فيها بمرضه وطرق علاجه المختلفة، وتقوم الأسرة بإعطاء الدواء في الموعد المحدد لابنهم، وعندما تستمع له الأسرة باهتمام في حالة غضبه، وعندما يحاول أخوته مساعدته بدون أن يطلب منهم، ومساعدة الأسرة له لتحسين حالته عندما يكون متوترًا عند أخذ عينة دم لتحليلها، وعندما يقوم أحد أفراد الأسرة باللعب مع الطفل باللعبة التي يحبها ويفضلها ويشاركه نفس اهتماماته، وعندما يقوم أحد أفراد الأسرة وخاصة الوالدين بالمذاكرة معه لبعض المواد الصعبة التي يدرسها، عندما يطلب المساعدة من أفراد أسرته وتقدم الأسرة له يد العون وتساعده فيما يريد؛ فكل ما سبق يؤدي إلى خفض الاكتئاب عند عينة الدراسة، ولذلك كلما ارتفعت المساندة الاجتماعية من ناحية الأسرة انخفض شعور الأطفال بالاكتئاب. والعكس إنه كلما انخفضت المساندة الاجتماعية من ناحية الأسرة ارتفع شعور الأطفال المرضي بالاكتئاب لدى عينة الدراسة.

جدول رقم (٢٣) يوضح العلاقة الإرتباطية بين بُعد الأصدقاء أحد أبعاد المساندة الاجتماعية والاكتئاب.

العلاقة	الارتباط	الدلالة
الاكتئاب	-٥١,	٠,٠١
بُعد الأصدقاء		

يوجد ارتباط دال إحصائيا (سالب /عكسي) بين الاكتئاب وبُعد الأصدقاء دال عند مستوى(٠,٠١) ويفسر ذلك أنه كلما ارتفعت المساندة الاجتماعية من ناحية الأصدقاء كلما انخفض شعور الاكتئاب لدى عينة الدراسة. ونجد هنا ارتباط بُعد الأصدقاء بالاكتئاب أعلى من ارتباط بُعد الأسرة بالاكتئاب ويفسر ذلك على أنه في الأسرة تزداد القيود والأغلال، في المقابل نجد في مجتمع الأصدقاء لا مجال للقيود والأغلال بل الحرية المطلقة التى بلا قيود، فالمراهق يشكو من أن والديه لا يفهمانه، ولذلك يحاول الانسلاخ عن مواقف وثوابت ورغبات الوالدين كوسيلة لتأكيد وإثبات تفرده وتمايزه، وهذا يستلزم معارضة سلطة الأهل؛ لأنه يعد أي سلطة فوقية أو أي توجيه إنما هو استخفاف لا يطاق بقدراته العقلية ولذلك يكون تأثير الأصدقاء على الطفل المصاب بالسرطان أعلى من الأسرة في خفض الشعور بالاكتئاب لدى عينة الدراسة.و إضافة إلى ذلك إشعار المراهق بالحب من أصدقائه، وأنه محبوب لذاته من أصدقائه، وأنه يجد أصدقائه يشاركونه نفس اهتماماته، وعندما يشعره أصدقائه بأنه عضو فعال في مجموعة الأصدقاء، وعندما يوجد صديق أو أكثر يستطيع أن يبوح إليهم بأسراره الخاصة، وعندما يحرص أصدقاء الطفل في السؤال عنه إذا غاب، ويشعر الطفل بالاسترخاء في مجموعة الأصدقاء، فكل ذلك يجعل الارتباط بين بُعد الأصدقاء والاكتئاب سلبي دال قوي أي أنه كلما ارتفعت المساندة الاجتماعية من ناحية الأصدقاء كلما انخفض شعور الاكتئاب عند عينة الدراسة والعكس إنه كلما انخفضت المساندة الاجتماعية من ناحية الأصدقاء كلما ارتفع الشعور بالاكتئاب لدى عينة الدراسة. وهذا يتفق مع دراسة (Kubar,1999) والتي كانت تهدف إلى

معرفة العلاقة بين الخصائص الفردية وخصائص المرض والمتغيرات النفسية والاجتماعية للأطفال مرضى السرطان، وأدرجت مجموعة من الأطفال الأصحاء للمقارنة بين أطفال مرضى السرطان والأطفال الأصحاء في المتغيرات النفسية والاجتماعية، وأوضحت نتائج الدراسة انخفاض في مستويات المساندة الاجتماعية من الأصدقاء للأطفال مرضي السرطان، وأن هناك علاقة بين ارتفاع مستويات المساندة الاجتماعية وانخفاض مستويات الاكتئاب والقلق لدي الأطفال المصابين بالسرطان.

جدول رقم (٢٤) يوضح العلاقة الإرتباطية بين بُعد الجيران أحد أبعاد المساندة الاجتماعية والاكتئاب.

العلاقة	الارتباط	الدلالة
الاكتئاب	-٣٢,	٠,٠١
بُعد الجيران		

يوجد ارتباط دال إحصائيا (سالب /عكسي) بين الاكتئاب وبُعد الجيران دال عند مستوى(٠,٠١) ويفسر ذلك أنه كلما ارتفعت المساندة الاجتماعية من ناحية الجيران كلما انخفض شعور الاكتئاب لدى عينة الدراسة. وذلك قد يرجع إلى أن الطفل عندما أصيب بالسرطان وجد جميع جيرانه حوله، وعندما كان يتم حجزه في المستشفى لتلقي جرعة العلاج كان معظم الجيران يتصلون به تليفونيا بغرض الاطمئنان عليه، وعندما يرجع إلى المنزل بعد أخذ جرعة العلاج فيذهب إليه معظم الجيران للسؤال عنه والاطمئنان عليه، ولذلك عندما أصيب الطفل بالسرطان فذهب إليه معظم الجيران لتقديم جميع أنواع المساعدات التي يحتاجها، فعندما يتوفر للطفل أحد من الجيران يلجأ إليه عندما يكون غاضبا أو متوترا فذلك يقوي المساندة الاجتماعية من ناحية الجيران، فجميع مساندات الجيران تخفف بعض الآلام النفسية عن الطفل؛ ولذلك كلما ارتفعت المساندة الاجتماعية من ناحية الجيران كلما انخفض شعور الاكتئاب لدى عينة الدراسة. ويرجع الباحث انخفاض الارتباط بين بُعد الجيران والاكتئاب إلى انشغال الجيران في مهام الحياة اليومية ومشاكلهم الخاصة مما أدى إلى انخفاض

المساندة الاجتماعية المقدمة لعينة الدراسة.

جدول رقم (٢٥) يوضح العلاقة الإرتباطية بين بُعد المتطوعين أحد أبعاد المساندة الاجتماعية والاكتئاب.

العلاقة	الارتباط	الدلالة
الاكتئاب	-٢٥,	٠,٠١
بُعد المتطوعين		

يوجد ارتباط دال إحصائيا (سالب /عكسي) بين الاكتئاب وبُعد المتطوعين دال عند مستوى(٠,٠١) ويفسر ذلك أنه كلما ارتفعت المساندة الاجتماعية من ناحية المتطوعين كلما انخفض شعور الاكتئاب لدى عينة الدراسة. وذلك قد يرجع إلى أن المتطوع يتعرف على الطفل ويحاول إدخال البسمة عليه من خلال بعض الأنشطة التي يقوم بها مع الطفل مثل اللعب مع الطفل بعض الألعاب الموجودة في المستشفى مثل البلاي ستيشن، ويقوم بعض المتطوعين بالتلوين مع الطفل بعض الرسومات، والبعض الآخر يحكي القصص لبعض الأطفال الخاصة بهم، والبعض الآخر يغني مع الأطفال، وبعض المتطوعين يحاول اكتشاف بعض المواهب الخاصة بالطفل المصاب بالسرطان ويعمل على تنميتها لديه بشكل قوي وفعال، فيجلس بعض المتطوعين مع الطفل المصاب في غرفته الخاصة ويتحدثون إليه عن أحواله وظروفه وما الذي يضايقه ويحزنه، وبعض المتطوعين يقومون بالاتصال تليفونيا مع الأطفال ويعرفون موعد الجلسة القادمة لتلقي جرعة العلاج ويقومون بانتظاره عند باب المستشفى واصطحابه لتلقي جرعة العلاج، وبعض المتطوعين يقومون بتنظيم الحفلات في المستشفى وذلك لمساعدة الطفل على قضاء وقت الفراغ في المستشفى أثناء تلقي جرعة العلاج، والبعض الآخر من المتطوعين يقومون بمذاكرة بعض الدروس المدرسية لأطفال مرضى السرطان داخل المستشفى ليسهل لهم العام الدراسي وأيضا دخول الامتحانات في موعدها حتى لا يتأخر عن المرحلة الدراسية التي هو فيها. ويمكن تفسير ضعف الارتباط بين الاكتئاب وبُعد المتطوعين إلى عدم استمرار المتطوع لفترة طويلة نظرًا لظروفه الخاصة والانشغالات الحياتية

بشكل عام. ولذلك يمكن القول بأنه توجد علاقة دالة إحصائيا (سالبه /عكسية) بين المساندة الاجتماعية والاكتئاب داله عند مستوى(٠,٠١) وتفسر ذلك إلى أنه كلما ارتفعت المساندة الاجتماعية من ناحية(الأسرة، الأصدقاء، الجيران، المتطوعين) انخفض لدى عينة الدراسة الشعور بالاكتئاب، وكلما انخفضت المساندة الاجتماعية من ناحية (الأسرة، الأصدقاء، الجيران، المتطوعين) أرتفع لدى عينة الدراسة الشعور بالاكتئاب.

ولقد اتفقت نتائج الدراسة مع (Torok, Szabolcs,2006) واتفقت أيضا مع دراسة (هيام صابر، ٢٠٠٥) واتفقت أيضا مع (Meral, Emine, and Emine, 2008). وهذا ما تؤكده عديد من الدراسات ومنها دراسة (سلوى عبد الباقي، ١٩٩٢) حيث أوضحت أن المكتئبين يتميزون بغياب التفاعل الأسري والشعور بالنقص والفقر والتذبذب في علاقة الوالدين والحاجة إلى الحب والدفء، بينما تشير دراسة (حسين على محمد الفايد، ١٩٩٨) أن الأسر التي تنخفض فيها المساندة الاجتماعية أعلى في ظهور الأعراض الاكتئابية، بينما توضح دراسة(Corey,2008) والتي هدفت إلي وصف العلاقات بين الأصدقاء، والأسرة، ودعم مقدمي الرعاية الصحية الاجتماعية للألم والتعب والمزاج المكتئب، والأرق للمراهقين المصابين بالسرطان وأوضحت الدراسة أن المساندة الاجتماعية المقدمة من الأصدقاء، والأسرة، ومقدمي الرعاية الصحية والاجتماعية تساهم في خفض أعراض ذات الصلة بالألم والتعب والمزاج المكتئب، والأرق.

***

الفرض الثالث: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الذكور والإناث المصابين بمرض السرطان على مقياس المساندة الاجتماعية.

جدول رقم (٢٦) يوضح الفروق بين الذكور والإناث على مقياس المساندة الاجتماعية

	الجنس	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	قيمة الدلالة	مستوى الدلالة
المساندة الاجتماعية	الذكور	١٢٥,٣٥	٢٠,٠٣	-	,٠٠٤	دال
	الإناث	١٣٣,٣١	١٩,٠٨	٢,٨٧٧		

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث لصالح الإناث. وبذلك يتم رفض الفرض الصفري ويصاغ الفرض في الصيغة التالية: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الذكور والإناث المصابين بمرض السرطان على مقياس المساندة الاجتماعية فالمساندة الاجتماعية لها تأثير فعال في إدراك الإناث أكثر من الذكور، وأن افتقاد الإناث للمساندة الاجتماعية يجعلها أكثر حساسية لبعض الاضطرابات النفسية والتي منها الاكتئاب، وقلق الموت، ويؤدي إلى انخفاض قدرتها على مواجهة طبيعة الأحداث التي تتعامل معها، وقد يرجعها الباحث إلى أساليب التنشئة الاجتماعية المتبعة مع الذكور والإناث، حيث أن أساليب التنشئة الاجتماعية تدعم استقلالية الذكور، بينما تفرض القيود على الإناث مما يجعل الإناث أكثر سعيا للحصول على دعم ومساندة من الآخرين. وذلك قد يرجع أيضا لطبيعة الإناث لأنهم أكثر حساسية وتأثرا بسلوك الآخرين، وأن شعور الإناث بالأهمية والقيمة يتوقف على علاقتها بالآخرين.

و قد تكون المساندة الاجتماعية أكثر للإناث وذلك نظرا للنظرة السائدة في المجتمعات العربية، بأن الإناث أضعف من الذكور على المستوى النفسي

والوجداني والجسدي، ولذلك فهي أشد حاجة للمساندة من الذكور، وأن المساندة الاجتماعية تعطي الأنثى شعورا بالقيمة، وذلك يرجع إلى طبيعة الأنثى بأنها تضع في اعتبارها علاقتها بالآخرين، وتضع لها أهمية كبرى، والأنثى تعتمد في تقديرها لذاتها على مدى نجاح أو فشل علاقتها مع الآخرين وهذه الطبيعة الخاصة بالأنثى تؤهلها لكي تكون أكثر طلبا للمساندة مقارنة بالذكور.

ولقد اتفقت نتائج الدراسة مع (Decker, Carol L,2005, p. 1958) والتي توضح أن المساندة الاجتماعية تكون في اتجاه الإناث.

الفرض الرابع: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الذكور والإناث المصابين بمرض السرطان على مقياس الاكتئاب.

جدول رقم (٢٧) يوضح الفروق بين الذكور والإناث على مقياس الاكتئاب.

	الجنس	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	قيمة الدلالة	مستوى الدلالة
الاكتئاب	الذكور	١١,٥٧	٥,٢٥	,٣٠٦	٠,٧٦	غير دال
	الإناث	١١,٣٤	٥,٣٦			

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث على مقياس الاكتئاب ولذلك يتم رفض الفرض البديل المصاغ. ويمكن تفسير ذلك في ضوء أن الخبرات المرضية الشاقة التي يمر بها هؤلاء الأطفال في عُمر[١٢-١٥]عام، وكذلك الظروف النفسية والعصبية والاجتماعية التي يتعرضون لها، والآلام الجسمية التي تتمثل في فقدان الشهية، والتعب، والغثيان، واضطراب الأمعاء، والقيء، اضطراب التغذية، الإرهاق، عدم الشعور بالراحة الجسمية، فقدان الوزن، الأرق، اضطرابات النوم، الإسهال، ارتفاع درجة الحرارة، وقد يشعر الطفل بعدم جدوى العلاج نتيجة للإجراءات

الطبية المتعلقة بالتشخيص والآثار التي تنجم عن العلاج الكيماوي فتكون واحده على كلا من الذكور والإناث. وقد تكون الاضطرابات الانفعالية التي يعاني منها هؤلاء الأطفال في عُمر[١٢-١٥]عاما نتيجة كثرة المواقف الضاغطة التي يتعرض لها هؤلاء الأطفال المرضي، إذ أن أسلوب حياتهم ينقلب تماما، ويفقدون الاستمتاع بحياتهم وممارسة دورهم الرئيسي في الحياة وذلك يكون واحدا على كلا من الذكور والإناث. وقد تكون الآثار الجانبية للعلاج الكيماوي مثل تساقط الشعر حيث أن هؤلاء الأطفال في مرحلة المراهقة، وما يمثله المظهر الخارجي لهؤلاء الأطفال حيث أن المظهر الخارجي والاهتمام بالأشياء المرئية تعد من مظاهر الفخر والاعتزاز بذات الطفل، وهؤلاء الأطفال يميلون في تلك المرحلة إلى التزين وإظهار شكلهم الخارجي المرئي بشكل قوي وجميل، ولكن نتيجة قسوة الآلام الخاصة بطبيعة مرضهم وتدهور صحتهم فلا يستطيعون القيام بالمهام اليومية العادية وذلك يكون واحدا على كلا من الذكور والإناث. وقد تكون الظروف المحيطة بالأطفال المرضى من حيث تدني أحوالهم الصحية وكثرة ترددهم على المستشفى سواء في وحدة الرعاية المؤقتة أو العيادات الخارجية أو حجزهم بالمستشفى لفترات طويلة للكشف والتشخيص والعلاج المجهد، واحتمالية تعرضهم لأزمات صحية مفاجئة أو الشفاء من أحد أنواع السرطان، وبعد ذلك الإصابة بنوع آخر غير الذي كان مصاب به، وعدم رغبة الطفل في الإقامة في المستشفى، الحضور للمستشفى وما تمثله المستشفى له حيث أنها تعد مصدر للآلام الناجم عن العلاج، والإجراءات العلاجية الصعبة والمكثفة التي يتعرض لها الطفل أثناء فترة العلاج ويعد ذلك واحدا على كلا من الذكور والإناث.

ولذلك لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث المصابين بمرض السرطان في الشعور بالاكتئاب. ولقد اتفقت نتائج الدراسة مع:

(Pamela, Beatriz, Veronica Monica Vera, Pablo, and Ansiedad, 2005)

الفرض الخامس: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الذكور والإناث المصابين بمرض السرطان على مقياس قلق الموت.

جدول رقم (٢٨) يوضح الفروق بين الذكور والإناث على مقياس قلق الموت.

	الجنس	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	قيمة الدلالة	مستوى الدلالة
قلق الموت	الذكور	٣٥,٧٠	٨,٦٥	,١٤٧	,٨٨٣	غير دال
	الإناث	٣٥,٥٢	٨,٦٤			

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات الذكور والإناث على مقياس قلق الموت ولذلك يتم قبول الفرض الصفري المصاغ. ويمكن تفسير ذلك في ضوء المناخ الانفعالي الذي يحيط بهؤلاء الأطفال المرضى من خلال طبيعة المرض الذي يعانون منه من حيث طول مدة العلاج وقسوته وشدته وأنه مرض مزمن وحاد ومميت ويقضي على طفولة الأطفال البريئة، ويشبع حياتهم بالحزن واليأس والكآبة، وفقدان الأمل، وإدراك الأطفال المرضى أن حياتهم في خطر حقيقي إذا يرون أمام أعينهم أن بعض أصدقائهم الذين كانوا يجلسون معهم لانتظار العلاج لتلقي الجرعة، ويقضون وقت انتظارهم معا فهو الآن يحتضر ويموت ضحية لهذا المرض الخبيث.و يمكن تفسير ذلك من حيث أن فكرة الموت عندما تخطر ببال الأطفال نتيجة الآلام الجسدية التي يتعرضون لها فتكون واحدة لا تفرق بين ذكور، إناث. وقد تكون الأحلام بالموت، المصادر الخاصة بالجنازة والتغسيل والتكفين والأحلام بها لا تفرق بين ذكور، إناث. وقد يكون الشعور واحدا عندما يرى أن الموت هو سبب رئيسي في حرمان الأطفال من الألعاب، والابتعاد عن الأسرة ولا يفرق ذلك الشعور بين الذكور والإناث. وقد تكون الإعلانات الخاصة بجمع التبرعات، جعلت الأطفال يروا أن حياتهم قصيرة، والإعلام عندما يعرض تلك

الإعلانات فإنه لا يفرق بين ذكور، إناث. وقد يكون العامل الاقتصادي يمثل عبئا كبيرا على الأسرة، وأيضا على الطفل المريض سواء ذكر أو أنثى مثل تكاليف الانتقال، وتكاليف الإقامة وخاصة مع تباعد إقامة الطفل عن المستشفى، وما يصاحب ذلك الانتقال من مشقة وتعب وإجهاد كبير يترتب على الانتقال فذلك التعب والإجهاد لا يفرق بين ذكور وإناث. وقد يكون جميع الأطفال نظرا لخوفهم من المستقبل عند تلقي العلاج من مرض السرطان يكون تفكيرهم ما هي الخطوة التالية في العلاج؟ وما الذي يترتب عليها؟ فيثور في مشاعرهم القلق وقد يبادر إلى أذهانهم إن اليوم هو آخر يوم في تلقي جرعة العلاج وأن الغد لا يأتي فتلك المشاعر والأحاسيس والأفكار التي تسيطر عليه تنشط لديه فكرة قلق الموت وهي مشاعر وأحاسيس وأفكار لا تفرق بين الذكور والإناث، ولذلك لا توجد فروق بين الذكور والإناث المصابين بمرض السرطان في الشعور بقلق الموت.وفي حدود علم الباحث لم يتوصل لدراسات خاصة بالفئة العُمرية التي تناولتها الدراسة من مرضى السرطان ولكن الباحث توصل إلى دراسات توضح وجود فروق بين الجنسين في مراحل العُمر المتقدمة ومنها دراسة (Jackson,2008)

ودراسة (Otoom et al,2007, pp.142-146) حيث أشارت كلتا الدراستين إلى وجود فروق بين الجنسين في قلق الموت حيث كان قلق الموت مرتفع بالنسبة للنساء مقارنة بالذكور. وهو يختلف مع ما توصل إليه الباحث، وتوصل الباحث أيضا لدراسة خاصة بالمراهقين من المدارس الثانوية ولكن أصحاء أشارت أن هناك فروق بين الذكور والإناث حيث كان قلق الموت مرتفع عند الإناث عن الذكور (Cotter, Richard P,2003))(Ens, Carla; Bond, John B Jr, 2007) وهو ما يختلف أيضا مع ما توصل إليه الباحث في نتائج الدراسة والتي أوضحت أنه لا يوجد فروق بين الذكور والإناث علي مقياس قلق الموت وقد يُرجع الباحث الاختلاف بسبب اختلاف عينة الدراسة عن عينة الدراسات الأخرى.

{}{} {}{}

تعقيب عام

بناء على نتائج الفروض الخمسة للدراسة يمكن للباحث الخروج بنظرة شاملة وعامة وهي أن الأطفال المصابين بمرض سرطان الدم الحاد يعانون من ارتفاع مشاعر قلق الموت، والاكتئاب، وأن المساندة الاجتماعية التي تقدم لهؤلاء الأطفال ترتبط ارتباط عكسي بكل من الاكتئاب وقلق الموت أي أنه كلما ارتفعت المساندة الاجتماعية المقدمة لهم انخفض لديهم مشاعر قلق الموت والاكتئاب لدى عينة الدراسة.

ومن حيث الجنس لقد توصلت الدراسة أن العينة يوجد بها فروق بين الجنسين الذكور والإناث وذلك في تلقى المساندة الاجتماعية وذلك لصالح الإناث ولا يوجد فروق بين الجنسين في كلا من قلق الموت والاكتئاب.

يعد مرض السرطان من الأمراض المزمنة الصعبة القاتلة والتي تصيب الإنسان في أي مرحلة من مراحل العُمر فانه لا يفرق بين صغير وكبير أو بين ذكر وأنثي، فلقد لاحظ الباحث من خلال تفاعله مع عينة الدراسة كمتطوع في مستشفى ٥٧٣٥٧ أن هناك مجموعة من التغيرات الجسمية التي تطرأ على الطفل المصاب بالسرطان والتي منها شحوب الوجه، جفاف الجلد، تساقط الشعر، الشعور بالضعف العام للجسم، وتناقص الوزن هذا من ناحية الطفل فإذا نظرنا إلى المحيطين به نجد أن المحيطين بالطفل تمتلئ أعينهم بالدموع عليه، مشاعر الحزن والشفقة لما وصلت إليه الحالة الجسمية لطفلهم.

وذلك لأن هؤلاء الأطفال مرضى السرطان والذين يتعايشون في المستشفى مع المرض لفترات طويلة لتلقي العلاج ويكون علاج الطفل المصاب بسرطان الدم الحاد على ثلاث مراحل وهي مرحلة (الثبات والاستقرار) ثم مرحلة (التوطيد) ثم مرحلة (الاستمرار). ويمكث الطفل في المستشفى في المرحلة الأولي فترة تتراوح من (٦ – ٧) أسابيع يتم فيهم عمل بذل للنخاع مرتين إلى ثلاث مرات ويتم عمل بذل للسائل الشوكي من (٢ إلى ٤) مرات. ويتم أخذ العلاج الكيماوي من أقراص وحقن وريدي وحقن عضلي حسب بروتوكول العلاج (Total XV). وفي المرحلة الثانية يتم أخذ

جرعة العلاج الكيماوي (بالتنقيط الوريدي على مدار ٢٤ ساعة متواصلة) كل أسبوعين وذلك حسب البروتوكول العلاجي. وفي المرحلة الأخيرة يأخذ المريض جرعة العلاج الكيماوي كل أسبوع لمدة (١٢٠) أسبوع للإناث و(١٤٦) أسبوع للذكور وذلك حسب البروتوكول العلاجي.

وبطبيعة الحال فإن العلاج الكيماوي وكذا سرطان الدم الليمفاوي الحاد يتسبب في إنقاص المناعة الطبيعية بدرجة من المحتمل أن تكون خطيرة على سلامة الطفل ولذلك يأخذ الطفل مضادات حيوية ومضادات فطرية ومضادات فيروسية لعلاج أي ميكروب.

وفي المقابل الأعراض الجانبية المحتمل حدوثها للعلاج الكيماوي ومن ضمنها حالات نقص المناعة الشديدة، سقوط الشعر، غثيان وقيء، فقدان الشهية، قرحة بالمعدة تأخر في التئام الجروح، نزيف، تجلط الدم، انسداد رئوي، ارتفاع السكر في الدم، ارتفاع إنزيمات الكبد، ارتفاع ضغط الدم، اضطرابات الحيض، إسهال، إمساك، تلف في الأنسجة، صداع.

ونتيجة لكل هذه المؤثرات التي يواجهها الطفل تحدث له اضطرابات نفسية وسلوكية نتيجة التأثير المباشر والضغط المباشر عليه ونتيجة للضغط الغير مباشر الواقع على أسرته وخاصة أمه بسببه وبسبب مرضه. فهذا المرض اللعين الذي ينشب مخالبه في أجساد الأطفال فينهش منهم طفولتهم ويحولهم إلى حالة أشبه بالعجز والشيخوخة. فذلك المرض يقود الطفل إلى المعاناة من مشكلات نفسية عديدة إلى جانب معاناتهم من الآلام الجسدية والجسمية المؤلمة.

فالطفل مريض السرطان يقضي ساعات طويلة في المستشفى لتلقي جرعة العلاج، وعندما يعود إلى المنزل تجد عليه قيود متعددة وقائمة ممنوعات من الاستخدام وممنوعات من الأكل، وممنوعات من اللعب وتلك الممنوعات قد تكون مفروضة عليه، وقد يكون أجبر عليها نظرا للتعب والإرهاق والخمول الذي يعانيه من إجراءات العلاج ويترتب على ذلك عدم ممارسة بعض حقوقه في اللعب أو مشاركة أصدقائه في أعمال معينة مما يشعره بالعجز والاكتئاب.

فنجد ذلك الطفل منذ أيام قليلة قبل إصابته بالمرض القاتل كان عالمه الذي يستمتع فيه بالحركة، واللعب، والذهاب إلى المدرسة ليتقابل مع أصحابه ويتلقى دروسه في المدرسة فاليوم بعد الإصابة بالمرض بدلا من أن يذهب للمدرسة يذهب الآن إلى المستشفى، وبدلا من أن يقابل أصدقائه في المدرسة ليلعب معهم فهو الآن يقابل أصدقاءه في المستشفى الذين يشاركونه نفس الأوجاع والآلام الجسمية والنفسية.

في المدرسة نجد هؤلاء الأطفال يتم إعفائهم من الذهاب إلى المدرسة وذلك نظرا لظروفهم المرضية، ولذلك تم توفير مدرسين من المتطوعين لهؤلاء الأطفال ولكن نظرا لظروف تلقي العلاج فلا يستطيعون حضور الدروس الخاصة بالمواد المدرسية التي تدرس لهم في ذلك العام المدرسي وأحيانا قد لا يعلموا أسماء المواد الدراسية إلا يوم الامتحان، معتمدين في ذلك على نظرة العطف والشفقة التي ينظر بها المدرسين للأطفال، فيقوم المدرس بمساعدة الطفل وذلك نظرا لانعقاد الامتحان داخل المستشفى فيقوم بمساعدته في الإجابة على معظم أسئلة الامتحان وينجح الطفل ويمر به العام تلو العام وهو لا يعلم شيئا أو يكتسب معرفة خاصة بالمنهج الدراسي المقدم له.

وإلى جانب ذلك نجد أن هؤلاء الأطفال يعانون من فقدان الجاذبية الاجتماعية وذلك لسقوط شعرهم وفقدان وزنهم والغثيان والقيء المستمر، فعندما يشعر الطفل بأنه مختلف عن أصدقائه وعن المحيطين به من حوله فذلك يشعره بمجموعة من الاضطرابات النفسية والتي منها الاكتئاب وقلق الموت.

كل ذلك يجعل الطفل المصاب بمرض السرطان ينتقل من العالم الذي كان يعيش فيه، ويدخل في عالمه الخاص الذي يكون ملئ بالأوجاع والآلام الجسدية والاضطرابات والمشاكل النفسية والتي يعاني منها كثيرا والتي منها الاكتئاب وقلق الموت.

السرطان والاكتئاب:

عندما يَعلم الطفل أنه مصاب بالسرطان ويدخل في عالم المرض والامتناع عن معظم الأنشطة التي كان يقوم بها من قبل، ويقيم على فراش

المستشفى أيام عديدة ويضطرب فيها كل شئ في حياته من أكل ونوم ودراسة والحزن الدائم، فقدان الاستمتاع بالأنشطة السارة أو المعتادة والبكاء بحرقة واليأس ومطاردة الشعور بالذنب وأيضًا الشعور بعدم الكفاية أو الرضا، الاعتمادية الشديدة، انخفاض الطاقة، التعب والإنهاك، الفتور واللامبالاة، قصور في التركيز في جميع الأعمال التي يقوم بها، فقدان الاهتمام بالأمور المعتادة، التوقعات السلبية (ترقب الشر وخيبة الأمل)، انخفاض في تقدير ومفهوم الذات، المبالغة في النظر إلى المشكلات البسيطة، لوم الذات، صعوبة اتخاذ القرار، الأفكار الانتحارية، تمركز أفكاره حول الموت، الانشغال الشديد بالبدن وتوهم المرض، اضطرابات الشهية بين الزيادة والنقصان ونقص الوزن أو زيادته، اضطراب في إيقاع النوم وصعوبة الدخول فيه مع الأرق أو زيادة النوم، الاستيقاظ مبكرًا، التغير اليومي في المزاج، وإبتئاس المزاج مع الصباح الإمساك. كل هذا يحدث للطفل المصاب بالسرطان فور علمه بخبر الإصابة فيبتئس حاله وهنا يكون السرطان من العوامل الرئيسية المسببة للاكتئاب وذلك وفقا للمدرسة السلوكية التي توضح أن الاكتئاب يحدث نتيجة لانسحاب مصادر التعزيز المعتادة أو غيابها من حياة الطفل المصاب بالسرطان، فنجد علي سبيل المثال أن الطفل قد اعتاد الذهاب إلي المدرسة أو إلي النادي فهو الآن يذهب إلي المستشفي لتلقي جرعة العلاج، وذلك يتفق مع العديد من الدراسات التي توضح شيوع أعراض الاكتئاب لدى مرضى السرطان ومنها دراسة (Connell,2012)والتي توضح أن أطفال مرضى السرطان يعانون من نسبة مرتفعة من الاكتئاب.

السرطان وقلق الموت:

يعد الموت هو أحد حقائق الحياة وإنه سيف مسلط على جميع الرقاب من لدن سيدنا آدم حتى قيام الساعة، فالموت ينال من جميع المخلوقات في أي وقت وزمان ومكان، فالطفل المريض بالسرطان قد يموت أحد أصدقائه في المستشفى، وقد يكون أحد أصدقائه المرتبط بهم توفاه الله، فإنه في هذه الحالة يتحول إلى درجة عالية من القلق والذعر والعصبية وقد يلجأ البعض إلى عدم أخذ جرعة العلاج لأن صديقه مات، وإنه هيموت مثل صديقه فبدل الانتظار

حتى يأتي دوره، فيسرع هو في التخلص من تلك الآلام التي يشعر بها، ويتخلص من تلك المعاناة، وذلك يحدث عندما يكون الطفلين مرتبطين ببعض. فعندما يموت أحد أمام الطفل المصاب بالسرطان فإن إحساسه بالأمان يتزلزل زلزالا شديدا وذلك لأن لسان حاله يسأل أنا هموت إمته؟ فخبر الموت صعب جدا على المعافى؟فما بالنا بالطفل المصاب بالسرطان فذلك الخبر يكون أكثر صعوبة ولذلك عندما يموت أحد الأطفال المصابين بالسرطان يفضل تهيئة الموقف للطفل الآخر وتهدئته والعمل على اطمئنانه، وتقوية الوازع الديني والإيماني له.

السرطان والمساندة الاجتماعية:

الطفل المصاب بالسرطان يحتاج إلى من يسانده من كل المحيطين به سواء من الأسرة، الأصدقاء، المتطوعين، الجيران، فهو يحتاج أن يقف الجميع إلى جواره ويشعرونه بالحب وتحمله المسئولية في ضوء القدرات والإمكانات فذلك يساعد الطفل المصاب على التصدي للمرض بقوة وتحدي، وذلك الطفل المصاب بالسرطان لكي يلتقي بأصدقائه مرة أخرى يمرح ويلعب معهم بدون خوف أو قيود فيستطيع الطفل مواجهة المرض لكي يرجع تلك الأيام السعيدة التي عاشها من قبل مع أصدقاءه ومساندة للطفل المصاب بالسرطان وخصوصا في تلك المرحلة العُمرية أما المتطوع فهو إنسان تطوع بوقته، وجهده وجاء للطفل المصاب بالسرطان لكي يدخل عليه السعادة والسرور والمرح فيساعده المتطوع على قضاء وقت فراغه في المستشفى، ويجعله يتناسى الوقت الطويل المؤلم الذي يتناول فيه جرعة العلاج، فالجيران يساندون الطفل بالسؤال عنه، والذهاب إليه فيكون ذلك مساندا ومدعما لخروجه من المستشفى ومواجهة المرض اللعين القاتل، وهذا يؤكد لنا ضرورة المساندة الاجتماعية للأطفال المصابين بالسرطان وذلك من خلال إتاحة الفرصة لهم للتعبير عن مخاوفهم وقلقهم وغضبهم والرد على استفساراتهم وهو ما يحد من ارتفاع الاكتئاب وقلق الموت لدي الأطفال المصابين بسرطان الدم الحاد والذين يتلقون العلاج الكيماوي.

***

التوصيات والبحوث المقترحة

أولاً: - توصيات الدراسة:

في ضوء ما توصلت إليه نتائج الدراسة فإن الباحث يضع بعض التوصيات التي يمكن أن تساهم في التعامل مع هذه المشكلات النفسية ومع المرض المزمن الذي يعاني منه هؤلاء الأطفال وقد قسمت هذه التوصيات إلى فئات وذلك لتوضيح دور كل فئة وان كان جميع الفئات معا لابد وان نتفاعل بشكل متكامل لمساعدة هؤلاء الأطفال المرضي بمرض مزمن.

١- دور الحكومة:

أ - إنشاء مستشفى على نفس طراز مستشفى ٥٧٣٥٧ لخدمة أهالي الصعيد والوجه القبلي ومستشفى أخرى لخدمة أطفال مدن القناة.

ب- التوسع في إنشاء فروع جمعيات أصدقاء أطفال مرضى السرطان في جميع المحافظات لخدمة وحل مشكلات هؤلاء الأطفال.

ج- إنشاء خط ساخن تابع لوزارة الصحة للرد على جميع الأسئلة والاستفسارات الخاصة بسرطان الأطفال.

د- إصدار تشريعات تمنع بيع المواد المسببة في تنشيط الخلايا السرطانية في المدارس ورياض الأطفال.

ه- توجيه البحث العلمي لمعرفة أسباب إصابة الأطفال بمرض السرطان.

و - توظيف بعض خريجين وخريجات كلية التربية قسم علم النفس وآداب قسم علم نفس واجتماع بهدف تقديم الخدمة النفسية والاجتماعية لهؤلاء الأطفال المصابين بمرض السرطان.

٢- دور وسائل الإعلام:

أ- ضرورة نشر الوعي بين الأفراد من خلال إعداد برامج إعلامية لتوعية أفراد المجتمع بمرض السرطان وللأسباب المؤدية إليه وأيضا طرق الوقاية.

ب- تجنب إثارة مشاعر الأطفال السلبية الناتجة عن رؤية الإعلانات الخاصة بجمع التبرعات.

ج- تحفيز الجهات المعنية بشؤون الطفل في وسائل الإعلام المختلفة المسموعة والمقروءة والمعنية لتنظيم حملات مكثفة للتأهيل النفسي لأسر أطفال مرضى السرطان.

٣- دور الأطباء والممرضين:

أ- توضيح المشاكل النفسية التي يعاني منها هؤلاء الأطفال مرضى السرطان وكيفية التعامل معها.

ب- تحديد ندوة شهرية بالمستشفى يحضرها جميع أعضاء الفريق العلاجي للرد على أسئلة واستفسارات الأطفال المصابين بالسرطان وأسرهم.

٤- دور الباحثين في مجال علم النفس:

أ- أوصي الباحثين في مجال علم النفس بضرورة الاهتمام بهذه الفئة من الأطفال مرضى السرطان بشكل خاص والأمراض المزمنة بشكل عام وذلك لما تعانيه هذه الفئة من مشكلات نفسية كثيرة.

ب- ضرورة إعداد برامج إرشادية لتحسين نوعية الحياة لدى هذه الفئة من الأطفال.

٥- دور أولياء الأمور:

أ- لابد من خفض مشاعر القلق والاكتئاب عند أولياء الأمور على طفلهم حتى لا تنتقل إليهم.

ب- لابد من تقديم جميع أنواع المساندة التي يحتاجها الطفل المصاب بالسرطان لمساعدة أولياء الأمور لابنهم المصاب بالسرطان لكي يتحمل المسئولية في ضوء قدراته وإمكانياته.

٦- دور وزارة التربية والتعليم:

لقد لاحظ الباحث أن هؤلاء الأطفال يؤدون الامتحان داخل المستشفى فذهب إلى أحد الأطفال وسأل ماذا فعلت في امتحان اليوم؟ أجاب الطفل وقال هم إلي بيحلوا الامتحان لينا فذهب الباحث إلى المعلمة المتطوعة بتدريس بعض المواد الدراسية لهؤلاء الأطفال وأخبرها بما حدث فقالت كيف يعقل أن يمتحن الطفل المصاب بالسرطان في مقرر لم يحضر منه سوى القليل وأيضا ذلك الطفل يمتحن نفس الامتحان الذي يمتحنه طالب معافا صحيا وبدنيا.

ولذلك :

أ- أناشد وزارة التربية والتعليم بوضع مقررات دراسية خاصة بالأطفال المصابين بمرض مزمن كالسرطان.

ب- ضرورة توفير معلمين لشرح المقررات الدراسية للأطفال داخل المستشفى.

ج- تدريب المعلمين الذين يقومون بشرح تلك المقررات على كيفية التعامل مع هؤلاء الأطفال.

د- عمل زيارات مدرسية من المدرسة التي يتواجد فيها الطفل المصاب بالسرطان من" معلمين، طلاب ".

٧- دور المتطوعين:

أ- فهم طبيعة المرحلة العُمرية لكل طفل مصاب بالسرطان.

ب- تدريب المتطوعين على تشخيص الحالة النفسية للطفل وكيفية مساعدته على تحسين الحالة النفسية له.

ج- ضرورة إنشاء قسم متطوعين في جميع المستشفيات التي بها أمراض مزمنة.

د- الأطفال الذين لا تسمح ظروفهم بتوفير مرافق من الأسرة أثناء تناول جرعة العلاج لابد من ضرورة توفير متطوع مرافق لهم في المستشفي.

***

ثانيًا: البحوث المقترحة:

١- فاعلية برنامج إرشادي في خفض مستوى الشعور بالاكتئاب عند أطفال مرضي السرطان.
٢- فاعلية برنامج إرشادي في خفض مستوى الشعور بقلق الموت عند أطفال مرضى السرطان.
٣- فاعلية برنامج إرشادي لتحسين نوعية الحياة لدى أطفال مرضى السرطان.
٤- فاعلية برنامج إرشادي في خفض مستوى الشعور بالاكتئاب عند آباء وأمهات أطفال مرضى السرطان.
٥- فاعلية برنامج إرشادي في خفض مستوى الشعور بالقلق عند آباء وأمهات أطفال مرضى السرطان.
٦- فاعلية برنامج إرشادي في تنمية الطموح لدى أطفال مرضى السرطان.
٧- فاعلية برنامج إرشادي في خفض مستوي الشعور بالوحدة النفسية لدى أطفال مرضي السرطان.

{}{} {}{}

المراجع

أولاً: المراجع العربية.

ثانيًا: المراجع الأجنبية.

ثالثًا: مراجع الشبكة العنكبوتية

أولاً: المراجع العربية

١- أبى الفضل جمال بن منظور.(ب.ت). لسان العرب، القاهرة، دار المعارف.

٢- ابتسام أبو الفتوح الجندي. (٢٠١٠). نحو إنتاج برامج تلفزيونيه ناجحة للأطفال الصعوبات والحلول، المؤتمر الدولي الثاني(السنوي التاسع)، كلية رياض الأطفال، جامعة القاهرة.

٣- أحمد عزت راجح. (٢٠٠٨). أصول علم النفس، ط١٣، القاهرة، دار المعارف.

٤- أحمد عكاشة. (١٩٨٨). الطب النفسي المعاصر، ط٧، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

٥- أحمد عكاشة. (١٩٩٨). الدليل الإحصائي التشخيصي للأضطرابات النفسية.

٦- أحمد محمد عبد الخالق، مايسة أحمد النيال. (٢٠٠٦). الأعراض والشكاوى الجسمية وعلاقتها بالضيق من الموت، دراسات عربية في علم النفس، القاهرة، دار غريب.

٧- أحمد محمد عبد الخالق، مايسة أحمد النيال. (٢٠٠٧). الخوف من السرطان قياسه وعلاقته بسمات الشخصية، حوليات الآداب والعلوم الاجتماعية، مجلس النشر العلمي، جامعة الكويت. الرسالة ٢٥٧، الحولية ٢٧.

٨- أحمد محمد عبد الخالق، مايسة أحمد النيال. (٢٠٠٢). الدافع للإنجاز وعلاقته بقلق الموت لدى طلاب من دولة قطر،

دراسات نفسية، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية، القاهرة، مج(١٢)، ع(٣).

٩- أسماء خليل إبراهيم. (٢٠١٠). التربية الحديثة للأطفال، المنصورية، لبنان، مؤسسة كتابنا للنشر.

١٠- أسماء عبد الله العطية. (٢٠٠٨). الإرشاد السلوكي المعرفي لاضطرابات القلق لدى الأطفال، الإسكندرية، مؤسسة حورس الدولية.

١١- أسماء عبد المنعم. (٢٠٠١). المساندة الاجتماعية التقليدية وغير التقليدية في حالات الشلل، المؤتمر السنوي الثامن، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس.

١٢- أشرف حامد نور. (٢٠١٠). فعالية استخدام نموذج التركيز على المهام في خدمة الفرد للتخفيف من حدة مشكلات العلاقات الاجتماعية للأطفال المصابين بالسرطان، رسالة دكتوراة، غير منشورة، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.

١٣- أشرف سعد نخلة. (٢٠٠٩). أطفالنا هل نفهمهم؟ المشكلات السلوكية والنفسية للأطفال وكفيفة علاجها، الإسكندرية، مركز الإسكندرية للكتاب.

١٤- الفرحاتي السيد محمود. (٢٠٠٩). تفاؤل الأطفال هل أصبح ضروري في عالم شاع فيه الاكتئاب والعجز والتشاؤم؟، المنصورة، المكتبة العصرية.

١٥- المعهد القومي للأورام. (٢٠١٠). إحصاءات المعهد القومي للأورام، جمهورية مصر العربية، مطبوعات وزارة الصحة.

١٦- الموسوعة الطبية. (١٩٩١). تأليف نخبة من الأساتذة، ط١، الأردن، الشركة الشرقية للمطبوعات، ج٦.

١٧- آمال محمد فهمي. (٢٠٠٢). فاعلية برنامج المساندة الاجتماعية في تخفيف الاغتراب لدى عينة من الطالبات

المقيمات بالمدن الجامعية، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة حلوان.

١٨- انتصار سالم الصبان. (١٩٩٣). الاكتئاب النفسي وعلاقته ببعض المتغيرات الشخصية وأثره على التحصيل الدراسي لطالبات المرحلة الثانوية، رسالة دكتوراة غير منشورة، كلية التربية للبنات، جده.

١٩- أنسي محمد أحمد قاسم. (٢٠٠٩). مفهوم الأسرة لدى أطفال الروضة في الأسر المطلقة، مجلة الطفولة، عدد تذكاري لتأبين الراحل الدكتور أنسي قاسم، كلية رياض الأطفال، جامعة القاهرة، مايو ٢٠٠٥، ص ٨٧-١٥٥.

٢٠- إيمان زايد. (١٩٩٧).قلق الموت واكتئاب الموت لدى بعض الفئات المرضية، رسالة دكتوراة غير منشورة، قسم علم النفس، كلية الآداب، جامعة عين شمس.

٢١- إيمان عبد الحفيظ. (٢٠٠٥). دراسة مقارنة للحاجات النفسية لدى عينة من الأطفال المصابين بمرض السرطان ووالديهم، رسالة ماجستير غير منشورة، قسم الدراسات النفسية، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.

٢٢- أيمن محمد عادل. (٢٠٠٨): القلق – الأرق- الاكتئاب، الجيزة، مكتبة النافذة.

٢٣- إيهاب الببلاوي. (٢٠٠٤). قلق الكفيف تشخصيه وعلاجه، ط٢، الرياض، المملكة العربية السعودية، دار الزهراء.

٢٤- براندن ب، برادلى. (٢٠٠٠).علاج الاكتئاب، مرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين، ترجمة صفوت فرج، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.

٢٥- بشير معُمرية. (٢٠٠٩). دراسات نفسية في الذكاء الوجداني- الاكتئاب- اليأس- قلق الموت- السلوك العدواني- الانتحار، المنصورة، المكتبة العصرية.

٢٦- بطرس حافظ بطرس. (٢٠٠٧). إرشاد الأطفال العاديين، عمان، الأردن،دار المسيرة.

٢٧- بكر فرج إمام نمر. (١٩٩٦). مصدر الضبط لدى عدد من حالات الاكتئاب والبارانويا، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة الزقازيق.

٢٨- جابر عبد الحميد جابر، علاء الدين كفافى. (١٩٩١). معجم علم النفس والطب النفسي، القاهرة، دار النهضة المصرية.

٢٩- جابر عبد الحميد، علاء كفافي. (١٩٩٠). معجم علم النفس والطب النفسي، القاهرة، دار النهضة العربية.

٣٠- جاريت ريز. (٢٠٠٢). السرطان، ترجمة هيئة التحرير في أكاديميا انترناشيونال، بيروت، أكاديميا انترناشيونال.

٣١- جمال شفيق أحمد. (١٩٩٨). سرطان الدم الحاد لدى الأطفال وعلاقته ببعض متغيرات الشخصية، بحث منشور، المؤتمر العلمي السنوي لمعهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.

٣٢- جمال شفيق أحمد. (١٩٩٧). تباين مستويات الشعور بالوحدة النفسية لدى المراهقين من الجنسين ومدى قدرتها التنبؤية ببعض متغيرات الشخصية.مجلة العلوم والفنون، جامعة حلوان.

٣٣- جمال محمد سعيد عبد الغنى. (٢٠٠٦). آراء علماء النفس في الخوف ومثيراته- سلسلة الخوف الأولي، ط٢، القاهرة، مكتبة زهراء الشرق.

٣٤- جيهان أحمد حمزة. (٢٠٠٢). دور الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية وتقدير الذات في إدراك المشقة والتعايش معها لدى الراشدين من الجنسين في سياق العمل، رسالة ماجستير، غير منشورة، كلية الآداب، جامعة القاهرة.

٣٥- حامد زهران. (١٩٩٧). التوجيه والإرشاد النفسي، ط٣، القاهرة، عالم الكتب.
٣٦- حامد عبد السلام زهران. (٢٠٠١). الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط٤، القاهرة، عالم الكتب.
٣٧- حسن إبراهيم عبد اللطيف. (١٩٩٧). الاكتئاب النفسي، دراسة للفروق بين الجنسين، دراسات نفسية، مجلد(٧)، العدد (١).
٣٨- حسن مصطفي عبد المعطى. (٢٠٠٣). الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة الأسباب- التشخيص- العلاج، موسوعة علم النفس العيادى، ط٢، القاهرة، دار القاهرة للنشر والتوزيع، عدد (٤).
٣٩- حسين على فايد. (٢٠٠٥). ضغوط الحياة والضبط المدرك للحالات الذاتية والمساندة الاجتماعية كمنبئات بالأعراض السيكوسوماتيه لدى عينة غير إكلينيكية، مجلة الدراسات النفسية، مجلد (١٥)، العدد(١).
٤٠- حسين على محمد فايد. (١٩٩٨). الدور الدينامى للمساندة الاجتماعية في العلاقة بين ضغوط الحياة المرتفعة والأعراض الاكتئابية، مجلة الدراسات النفسية، رابطة الأخصائيين النفسيين، المجلد (٨)، العدد (٢).
٤١- حكمت الحلو. (٢٠٠٩). مشكلات الأطفال السلوكية في البيت والمدرسة، القاهرة، دار النشر للجامعات.
٤٢- حياة رضوان صالح. (٢٠٠١). دراسة مدى فاعلية استخدام المدخل السلوكي لخدمة الفرد في تخفيف مشكلة البكاء ورفض العلاج لدى أطفال مرضى السرطان، بحث منشور، المؤتمر العلمي السنوي، كلية الخدمة الاجتماعية، الفيوم.
٤٣- خالد عبد الرازق النجار. (٢٠٠٥). استخدام الرسم في التعرف على بعض أبعاد البناء النفسي لدى الأطفال ذوي الأمراض المزمنة، مجلة علم النفس المعاصر والعلوم الإنسانية، مركز

البحوث النفسية، كلية الآداب، جامعة المنيا، ع(١٦)، يوليو ٢٠٠٥.

٤٤- خولة أحمد يحي، أيمن يحي عبد الله. (٢٠١٠). التربية الخاصة وأطفال مرضى السرطان، عمان، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.

٤٥- راشد الباز. (٢٠٠٠). تصور الممارسة المهنية لطريقة العمل مع جماعة مرضى السرطان، مجلة العلوم الاجتماعية، مج(٨)، ع(٤).

٤٦- راشد الشمرانى. (٢٠٠٤). دراسة مدى فاعلية العلاج بالسيكودراما لمرضى الاكتئاب مقارنة بالعلاج الدوائي، رسالة دكتوراة غير منشورة، جامعة محمد الخامس،المملكة المغربية.

٤٧- رانيا يوسف محمد. (٢٠٠٤). الأعراض النفسية ومستوى الطموح لدى الأطفال المصابين بالسرطان، رسالة ماجستير، غير منشورة، قسم علم النفس، كلية الآداب، جامعة عين شمس.

٤٨- رشاد عبد العزيز موسى. (١٩٩٣). النوع كمحدد سلوكي في الاكتئاب النفسي، مجلة علم النفس، السنة الثالثة، العدد(١١).

٤٩- رشاد عبد العزيز. (١٩٩٣). علم النفس المرضى دراسات في علم النفس، القاهرة، دار عالم المعرفة للنشر والتوزيع.

٥٠- رفعت شلبي. (٢٠٠٤). السرطان: دليل لفهم الأسباب والوقاية والعلاج، القاهرة، المكتبة الأكاديمية.

٥١- رمضان زعطوط، عبد الكريم القرشي. (٢٠٠٦). الاكتئاب المقنع وعلاقته بالتكتم وقلق الموت لدى المسنين، دراسات عربية في علم النفس، القاهرة، دار غريب، مج(٥)، ع(١).

٥٢- ريتشارد ستيرن. (٢٠٠٥). التكنيكات السلوكية في المجال الإكلينيكي- دليل المعالج، ترجمة عباس محمود عوض، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعة.

٥٣- زينب محمود شقير. (٢٠٠٢). مقياس قلق الموت، ط٢، كراسة التعليمات، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.
٥٤- سالم الشهري. (١٩٩٦). الالتزام الديني في الإسلام وعلاقته بالاكتئاب النفسي لدى عينه من طلاب جامعة أم القرى، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أم القرى،
مكة المكرمة.
٥٥- سامي محمد ملحم. (٢٠٠٨). الأسس النفسية للنمو في الطفولة المبكرة، عمان، الأردن، دار الفكر.
٥٦- سلامة منصور محمد. (١٩٩٧). العلاقة بين ممارسة العلاج الأسرى والتخفيف من حدة المشكلات الأسرية لأسر الأطفال المرضى بالاكتئاب النفسي، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة القاهرة.
٥٧- سلطان بن موسي العويضة. (٢٠٠١). المقارنة بين المتقاعدين وغير المتقاعدين من المسنين في قلق الموت وسمة القلق، مجلة علم النفس المعاصر والعلوم الإنسانية، مركز البحوث النفسية، كلية الآداب، جامعة المنيا، مج(١٢)، ع(١).
٥٨- سلوى سيد إسماعيل. (٢٠٠٠). أثر برنامج إرشادي للتخفيف من حالة القلق وقلق الموت لدى الأطفال المقبلين على عمليات جراحة الصدر، رسالة ماجستير، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.
٥٩- سلوى عبد الباقى. (١٩٩٢). الاكتئاب بين تلاميذ المدارس، مجلة الدراسات النفسية، ك(٢)، ج(٣).
٦٠- سناء نصر حجازي. (٢٠٠٩). علم النفس الإكلينيكي للأطفال، عمان، الأردن،دار الميسرة.
٦١- سهام درويش أبو عطية. (٢٠٠٢). مبادئ الإرشاد النفسي، ط٢، عمان، الأردن،دار الفكر.

٦٢- سهير كامل أحمد. (٢٠٠٩). أساليب تربية الطفل بين النظرية والتطبيق، الرياض، المملكة العربية السعودية، دار الزهراء.
٦٣- سهير كامل أحمد. (٢٠٠٩). الصحة النفسية والتوافق، الرياض، المملكة العربية السعودية، دار الزهراء.
٦٤- سهير كامل أحمد. (٢٠٠٩). سيكولوجية الشخصية، الرياض، المملكة العربية السعودية، دار الزهراء.
٦٥- سهير كامل أحمد. (٢٠٠٩). في علم النفس الإكلينيكي، الرياض، المملكة العربية السعودية، دار الزهراء.
٦٦- سهير كامل أحمد. (٢٠٠٩). مدخل إلى علم النفس، الرياض، المملكة العربية السعودية، دار الزهراء.
٦٧- سيد أحمد البهاص (٢٠٠٦): دراسة المساندة الاجتماعية من حيث علاقتها بتقدير الذات وبعض المتغيرات الديموجرافية لدى المراهقين ذوى الإعاقات البصرية، مجلة الإرشاد النفسي، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، ع(٢٠).
٦٨- سيد محمود الطواب. (٢٠٠٨). النمو الإنساني أسسه وتطبيقاته، الإسكندرية،مركز الإسكندرية للكتاب.
٦٩- شيماء محمد فهمي. (٢٠١٠). فاعلية برنامج لتنمية الإرادة لدى عينة من الأطفال المصابين بالسرطان، رسالة ماجستير غير منشورة، قسم الدراسات النفسية، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.
٧٠- صالح حسن أحمد الداهري (٢٠٠٥). مبادئ الصحية النفسية، عمان، الأردن، دار وائل للنشر.
٧١- صالح حسن أحمد الداهرى.(٢٠٠٨).أساسيات التوافق النفسي والاضطرابات السلوكية والانفعالية الأسس والنظريات، عمان، الأردن، دار صفاء.
٧٢- صالح محمد على أبو جادو (٢٠٠٨). سيكولوجية التنشئة الاجتماعية، ط٥، عمان، الأردن، دار المسيرة.

٧٣- صباح الشرقاوى. (١٩٩٦). دراسة التأثيرات السيكولوجية لدى الأطفال في عُمر المدرسة، القاهرة، مجلة طب الأطفال المصرية، العدد (١٣).
٧٤- صلاح فؤاد مكاوي. (١٩٩٧). فاعلية برنامج للعلاج بالمعنى في خفض مستوى الاكتئاب لدى عينة من الشباب الجامعي، رسالة دكتوراة غير منشورة، كلية التربية، جامعة عين شمس.
٧٥- طارق الحبيب. (٢٠٠٢). الاكتئاب، مجلة الأسرة، السنة التاسعة، العدد (١٠٧).
٧٦- عادل صادق. (٢٠٠٨). الطب النفسي، القاهرة، دار الصحوة للنشر والتوزيع.
٧٧- عادل صادق. (٢٠٠٩). في بيتنا مريض نفسي، القاهرة، دار الصحوة للنشر والتوزيع.
٧٨- عادل صادق. (٢٠٠٩). مشكلات نفسية، القاهرة، دار الصحوة للنشر والتوزيع.
٧٩- العارف بالله الغندور، فتحي مصطفى الشرقاوى. (٢٠٠١). مقدمة في الاضطرابات النفسية للأطفال، القاهرة، دار آتون للنشر.
٨٠- عبد الباري محمد داود. (٢٠٠٦). التربية النفسية للطفل، القاهرة، إيتراك للنشر.
٨١- عبد الستار إبراهيم، رضوى إبراهيم. (٢٠٠٦). علم النفس أسسه ومعالم دراسته، ط٥، الرياض، المملكة العربية السعودية، دار العلوم.
٨٢- عبد المجيد سالمي، نور الدين خالد، شريف بدوي. (٢٠٠٨). معجم مصطلحات علم النفس، ط٢، القاهرة، دار الكتاب المصرية اللبنانية.

٨٣- عبد الستار إبراهيم، عبد الله عسكر. (٢٠٠٥). علم النفس الأكلينكى في ميدان الطب النفسي، ط٣، القاهرة، مكتبة الأنجلو.
٨٤- عبد الستار إبراهيم. (١٩٩٨). الاكتئاب اضطراب العصر الحديث فهمه وأساليب علاجه، عالم المعرفة، القاهرة، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، العدد(٢٣٩).
٨٥- عبد الستار إبراهيم. (٢٠٠٨). الاكتئاب والكدر النفسي، ط٢، القاهرة، دار الكتاب.
٨٦- عبد الله عبد العزيز المعيلى. (١٩٩٩). فاعلية الصدمة الكهربائية في علاج مرضى الاكتئاب، رسالة دكتوراة غير منشورة، الرياض، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية.
٨٧- عبد الله عسكر. (١٩٨٨). الاكتئاب النفسي بين النظرية والتطبيق، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
٨٨- عبد المطلب أمين القريطى. (١٩٩٨). في الصحة النفسية، القاهرة، دار الفكر العربي.
٨٩- عز الدين جميل عطية. (١٩٩٣). الإغراءات المسببة للاكتئاب، مجلة كلية التربية، جامعة الأزهر، العدد (٢٩).
٩٠- عزت سيد إسماعيل. (١٩٨٤). اكتئاب النفس أعراضه وأنماطه وأسبابه وعلاجه، الكويت، وكالة المطبوعات.
٩١- عزه خضري عبد الحميد. (٢٠٠٥). الاضطرابات النفسية وعلاقتها ببعض المتغيرات لدى عينة من التلاميذ المصابين بالسرطان-دراسة مقارنة، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة حلوان.
٩٢- عزيز حنا، محمد عبد الظاهر الطيب، نظام هاشم. (١٩٩١). الشخصية بين السواء والمرض، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

٩٣- على عبد السلام على. (٢٠٠٥). المساندة الاجتماعية وتطبيقاتها العملية، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
٩٤- عُمر أحمد المصالحة. (٢٠١٠). السرطان في الشرق الأوسط، دراسة مسحية، مركز الحارس للدراسات والإعلام، بيت لحم، فلسطين.
٩٥- فادية فؤاد شربتجى. (١٤٠٧هـ). تقييم فاعلية العلاج السلوكي المعرفي لحالات الاكتئاب العصابى، رسالة ماجستير غير منشورة، قسم علم النفس، كلية التربية، جامعة الملك سعود.
٩٦- فهد الدليم، فاروق عبد السلام، يحي مهني. (١٩٩٣).مقياس الاكتئاب، سلسلة مقاييس مستشفى الطائف.
٩٧- فهد عبد الله الربيعة.(١٩٩٧). الوحدة النفسية والمساندة الاجتماعية لدى عينة من طلاب وطالبات الجامعة، مجلة علم النفس، ع(٤٣).
٩٨- كوام ما كينزى. (٢٠٠٤) ترجمة جولى صليبيًا.(٢٠٠٤) الدليل الطبي للأسرة، الاكتئاب، ط١، بيروت، أكاديمية انترناشيونال.
٩٩- لطفي عبد العزيز الشربينى. (٢٠١٢). الدليل إلى فهم وعلاج الاكتئاب، إصدارات شبكة العلوم النفسية والعربية، عدد (٢٣).
١٠٠- لويس مليكة. (١٩٩٠). العلاج السلوكي وتعديل السلوك، ط٢، الكويت، دار القلم.
١٠١- لويس مليكة. (١٩٩٦). التحليل النفسي والمنهج الإنساني في العلاج النفسي، ط٢، القاهرة، النهضة المصرية.
١٠٢- ماجدة حسين. (٢٠٠٩). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالضغوط النفسية والقلق لدى مريضات سرطان الثدي، مجلة الدراسات النفسية، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية، مج(١٩)، ع(٢).

١٠٣- مجدي أحمد عبد الله. (١٩٩٩). علم النفس المرضى دراسة في الشخصية بين السواء والاضطراب، الإسكندرية، دار المعارف الجامعية.

١٠٤- محمد أحمد أحمدى. (٢٠٠٨). تقدير حاجات الأطفال مرضى السرطان بالمعهد القومي للأورام بالقاهرة، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.

١٠٥- محمد السيد عبد الرحمن. (١٩٩٨). المهارات الاجتماعية وعلاقتها بالاكتئاب واليأس لدى الأطفال، دراسات في الصحة النفسية، القاهرة، ج٢، دار قباء.

١٠٦- محمد السيد عبد الرحمن. (٢٠٠٠). علم الأمراض النفسية والعقلية الأسباب، الأعراض، التشخيص، العلاج، موسوعة الصحة النفسية، القاهرة، دار قباء للطباعة والنشر.

١٠٧- محمد المهدي. (٢٠١٠). الصحة النفسية للطفل، ط٢، المنصورة، دار اليقين.

١٠٨- محمد جاسم محمد. (٢٠٠٢). علم النفس الإكلينيكي، عمان، الأردن، دار الثقافة للنشر.

١٠٩- محمد حسن غانم. (٢٠٠٤). التدين وعلاقته بقلق الموت والأحداث السارة والنظرة للحياة: دراسة نفسية مقارنة بين المسنين والمسنات، دراسات عربية في علم النفس، القاهرة، دار غريب، مج(٣)، ع(٣).

١١٠- محمد حسن غانم. (٢٠٠٦). الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية، الوبائيات- التعريف- محكات التشخيص- الأسباب- العلاج- المآل والمسار، القاهرة،مكتبة الأنجلو المصرية.

١١١- محمد حسن غانم. (٢٠٠٧). دراسات في الشخصية والصحة النفسية، القاهرة،ج١، دار الغريب.

١١٢- محمد حمدي الحجار. (١٩٩٤).فن الإرشاد النفسي السريرى، الرياض، المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب.
١١٣- محمد حمدي الحجار. (١٩٩٨).المدخل إلى علم النفس المرضى، بيروت،دار النهضة العربية.
١١٤- محمد محروس الشناوي. (ب.ت). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، القاهرة، دار غريب.
١١٥- محمد محروس الشناوي، محمد السيد عبد الرحمن. (١٩٩٨). العلاج السلوكي الحديث أسسه وتطبيقاته، القاهرة، دار قباء.
١١٦- محمود أحمد عبد الرحمن. (٢٠١٢). تأثير العلاج بالقراءة على أطفال مرضى السرطان: دراسة تجريبية على مستشفى سرطان الأطفال-مصر ٥٧٣٥٧، كلية الآداب، قسم المكتبات، جامعة حلوان.
١١٧- مدحت عبد الحميد أبو زيد. (٢٠٠٣). سلسلة دراسات حديثة في علم نفس الطفل- الجزء الأول- قلق الأطفال، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية.
١١٨- مركز الأمل للشفاء. (١٩٩٩). ما الذي تحتاج أن تعرفه عن السرطان، عمان، مؤسسة الأمل الأردنية.
١١٩- منال الحملاوى. (٢٠٠٥). برنامج علاج نفسي أسرى للمراهقين الذين يعانون من الاكتئاب، رسالة دكتوراة غير منشورة، معهد الدراسات التربوية، جامعة القاهرة.
١٢٠- منظمة الصحة العالمية، المركز الإقليمي لشرق المتوسط. (٢٠٠٦). البرامج الوطنية لمكافحة السرطان، ط٢، السياسات والإرشادات الإدارية.
١٢١- مها أرناؤوط. (٢٠٠٥). الآثار المتأخرة لمعالجة سرطان الأطفال، ترجمة الكتيبات الصادرة عن المركز الوطني للسرطان، الولايات المتحدة الأمريكية، الأردن، دار عمان.

١٢٢- مها صالح الحمرى. (٢٠٠١). فاعلية أسلوب بيك للعلاج المعرفي في علاج الاكتئاب المصاحب للإعاقات الحركية (دراسة حالة)، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أم القرى، مكة المكرمة.
١٢٣- موزة عبد الله المالكي. (٢٠٠٨). بعض مشكلات الأطفال السلوكية من واقع العيادة النفسية، قطر، دار الطليعة للنشر والتوزيع.
١٢٤- ناجى الخشاب. (١٩٩٦). قلق الموت دراسة نفسية اجتماعية في العلاقة بين الإدراك المتبادل بين مريض الإيدز والمحيطين به وتوافقه النفسي الاجتماعي، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة عين شمس.
١٢٥- نادر فهمي الزيود. (١٩٩٨). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، عمان، دار الفكر.
١٢٦- نفيسة فوزي عيسوى. (٢٠١٢). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بمعنى الحياة وبعض سمات الشخصية لدى المراهقين المكفوفين بصريًا، رسالة ماجستير غير منشورة، معهد الدراسات التربوية، قسم الإرشاد النفسي، جامعة القاهرة.
١٢٧- هشام محمد عبد الله. (١٩٩١). أثر العلاج العقلاني الانفعالي في خفض مستوى الاكتئاب لدى الشباب الجامعي، رسالة دكتوراة غير منشورة، جامعة الزقازيق.
١٢٨- هناء أحمد شويخ. (٢٠٠٧). أساليب تخفيف الضغوط النفسية الناتجة عن الأورام السرطانية- مع تطبيقات على حالات أورام المثانة السرطانية، القاهرة، إيتراك للنشر.
١٢٩- هيام صابر صادق شاهين.(٢٠٠٥).المساندة الاجتماعية كما يدركها عينة من مرضى السرطان وعلاقتها ببعض الأبعاد المزاجية والمعرفية، رسالة ماجستير، كلية الآداب، جامعة عين شمس.

١٣٠- وزارة الصحة والسكان. (٢٠١٠). الدليل الموحد للبيانات والمؤشرات الصحية. الهيئة العامة للاستعلام، القاهرة.
١٣١- وفيق صفوت مختار. (٢٠١٠). الأسرة وأساليب تربية الطفل، ط٢، القاهرة، دار العلم والثقافة.
١٣٢- وفيق صفوت مختار.(٢٠٠٥).سيكولوجية الطفولة دراسات تربوية ونفسية من عامين إلى اثنى عشر عاما، القاهرة، دار غريب.
١٣٣- يحيي مرسي عيد بدر. (٢٠٠١). نظرة المسنين للموت والموتى، الإسكندرية، دار الهدي.

ثانيًا: المراجع الأجنبية :

134- Abdel- khalek, A. &Tomas- Sabdo,J. (2005). Anxiety and Death anxiety in Egyptian and Spanish nursing student, Death studies,29,routledge - fracis Inc,pp.157-169.
135- Andrew, C., Jeremy, P., and Mark, W. (2007). Death anxiety as a function of aging anxiety, Death studies, Vol(31), No(4), pp.337-350.
136- Ann smith. (2000). Exploring death anxiety with order adults through developmental transformations, U.S.A, The arts in psychotherapy, Vol (27),No(5).
137- Baruch, Jean Margo.(2010). The Beads of Courage program for children coping with cancer, The University of Arizona.

138-Beck,A.T, Barns,D.D. (1987). Cognitive Behavior modification of mood disorders in forty,New York, plen urn press publishing company.

139-Behrman, Richard E. Nelson. (2000). Textbook of Pediatric – Philadelphia: W.B. Saunders Company.

140-Berliner & Patricia. (2007). walking in the shadow, psycritiques, Vol.(52),No(48),pp.577.

141-Bloom, J.R.& Kessler. (1994). Emotional support following cancer: a test of the stigma and social activity hypotheses, journal of health and social behavior.

142-Boeving, C. Alexandra. (2003). Coping and adjustment in child cancer survivors: An investigation into spirituality as a predictor of psychosocial outcomes, Virginia Polytechnic Institute and State University.

143-Bout, V., Heijden, V. (2007). Patterns of attachment and parents' adjustment to the death of their child, Utrecht University, Vol.(33),No.(4),pp.48-537.

144-Bruce,O,J. (1996). Solomon and learned helplessness, integrative physiological, behavioral science

145- Cain, a., lohnes, k. (2010). child development and concept of death, journal ofDevelopment, vol.(14),No.(4),pp. 282-284

146- Canning, Emily H; Canning, Robert D; Boyce, W. Thomas. (1992). Depressive symptoms and adaptive style in children with cancer, Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. Vol.(31),No(6).

147- Carachi, R.,Jay,L.,and Amir, F.(2008).Supportive care of children with cancer, Harvard medical school,U.S.A.

148- Cassano, Jane; Nagel, Kim; O'Mara, Linda. (2008). Talking with others who "just know", Perceptions of adolescents with cancer who participate in a teen group, Journal of Pediatric Oncology Nursing, Vol.(25),No.(4), pp. 193-199.

149- Children's Cancer Hospital Egypt (CCHE) (2010)= مستشفى سرطان الأطفال-مصر. – Cairo: A.R. Publication Advertising.

150- Cohen,S., Hoberman,H.M. (1983).positive events and social support as Buffers of life change stress, Journal of applied Social psychology.

151- Collins,s. (2010). Framing death, California university, U.S.A,pp 1-18.

152- Connell, Meghan E. (2012). The effects of summer camp on self-esteem and self-concept in children

diagnosed with cancer, Northern Michigan University.

153-Conrad, Amy Lynn.(2004). Specialized summer camp for children with cancer: The role of social support, The University of Iowa.

154-Cooper, G. (2002). Cancer, California, USA: Donald Jones.

155-Corey,Amy L; Haase,Joan E; Azzouz, Faouzi; Monahan, Patrick, O. (2008). Social support and symptom distress in adolescents/young adults with cancer, Journal of Pediatric Oncology Nursing. Vol.(25),No.(5),pp. 275-284.

156-Costantini, M. &Higgison, I. (2008). Dying with cancer, living well with advanced cancer, European journal of cancer vol. (44), No. (6), pp.1414-1424

157-Cotter, Richard P.(2003). Death and Dying Omega: Journal of Death, Vol.(47),No.(2), pp. 119-137.

158-David, Clare L; Williamson, Keren; Tilsley, D. W. Owen. (2012). A small scale, qualitative focus group to investigate the psychosocial support needs of teenage young adult cancer patients undergoing radiotherapy in Wales, European

Journal of Oncology Nursing. Vol.(16), No.(4),pp. 375-379.

159- Decker, Carol L.(2005). Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences. Vol.(66),No.(5-A), p. 1958.

160- Dejong, Margaret. (2005). Depression in Pediatric Cancer:An Overview.– New York:, John Wiley & Sons, – (Psycho – Oncology)

161- Delong, Margaret Doherty. (2000). Peers' knowledge and attitudes toward a classmate with cancer: An evaluation of a school reintegration program, Pace University.

162- Diahann, S., Mimi, C. And Gatliff, R. (2007): Death studies, Philadelphia University.

163- Donald, C.A., Ware, J.E. (1984). The measurement of social support. Community and Mental Health

164- Donovan, J. (2002). Implicit religion and the curvilinear relationship between religion and death, University of Georgia School of law, Georgia.

165- Dolgin Verni, Colegrove,R.,J.Katz,M. and Perceived E. (1994)social support and adjustment of children with newly Diagnosed cancer. Development,Behavioral pediatric, vol.(15),no.(1).

166- Elwell, Laura, Grogan, Sarah, Coulson, Neil. (2011). Adolescents living with cancer: The role of computer-mediated support groups, Journal of Health Psychology, Vol.(16),No.(2),pp. 236-248.

167- Ens, Carla; Bond, John B Jr.(2007). Omega: Journal of Death and Dying, Vol.(55),No.(3).

168- Estey, Elithu H., Faderl, Stefan H., Kantarjian, Hagop.(2008). Acute Leukemia, London, USA: Springer.

169- Fainsilber, Lynn. (2010). Pediatric Cancer and The Quality of Children's Dyadic Peer Interactions– London, Society of Pediadtric Psychology, – Journal of Pediatric Psychology, P. 6.

170- Freshet, E. (2007). Death anxiety Afterlife and patients with terminal cancer, Walden University, U.S.A, pp 318-102.

171- Geraldine, c. (2004). The surviving sibling, the effects of sibling death in childhood, Journal psychoanalytic- psychotherapy, Vol.(18),No.(2) pp. 202-219.

172- Gerzon, J. (2008). The two poles of existence: life anxiety and death anxiety, A revie, Department of psychology, Ifregwa University, U.S.A

173- Gharmaz, K. & Milligan, M. (2008). Grief, department of sociology, Sonoma state University, U.S.A.

174- Hakami, K.(2010).Depression inchildren and adolescents with malignancy, The Canadian psychiatric association Journal, Vol.(27),No.(6).

175- Ingram, Rick,E (1994): Depression in Ramah and ran v.s(Ed) Encyclopedia of Human Behavior, New York, Academic press,vol.(2), cop.(1).

176- Jackson,B.(2008).How gender and self-esteem impact death anxiety across adulthood, the National HotionalHonor society in psychology, Vol.(13),No.(2).

177- Jacobs, Ellen.(2008). Adaptation and defensiveness: A study of latency-age children with cancer, New York University.

178- Jen, H.& Yee, W. (2004). Comparing stress levels of parents of children with cancer and parents of children with physical disabilities, Arabian gulf University, Vol.(13), Issue (12).

179- Jerry, P. (2000). Freudian analysis of death, Syracuse University, Newyork, U.S.A, pp.621-248.

180- Joseph, C. (2010). Stressful medical procedures in the context of cancer, Patterns and child coping strategies and psychological adaptation, Vanderbilt University, U.S.A.

181- Kachhawa, S, Madnawat, S. (2008). Age, Gender and living circumstances, Discriminating adults on death anxiety, Department ofpsychology, University of Rajasthan, Japan.

182- Kaplan & lisa Jell. (2010). The emotional experiences of treating dying children,Nurses speak out,Massachusetts School of professional and psychology, U.S.A., pp.622-261.

183- Keener, Janice.(2008): Youth works: Curriculum development for a psychosocial support group for preteens with cancer, Psychology Department, Pepperdine University.

184- Kubar, Wendy Lisa. (1999). Social adjustment in children with cancer, Social psychology, University of Florida.

185- Kvist,B.,Rajantie,J.,Kvist,M.and Siimes,M. (2010). Aggression,The dominant psychological response in children with malignant disease, psychological Repots, Journal peer Reviewed.

186- Kvist,s. (1991). aggression the dominate psychological response in children with malignant disease, psychological reports.vol.(68),No.(3).

187- Laub Huizenga, Lesley.(2011): Expressive Writing Intervention for Teens Whose Parents Have Cancer, Psychology Department, University of Kansas.

188- Lemma,A(1996): introduction to psychopathology, sage pub, London, Thousand oaks, New Delhi.

189- Lk, Z., Turk, N., Sc,K., Cd, M.and Jc, T. (2006). parent and child anxiety sensitivity, relationship to children's experimental pain responsivity, pediatric pain program, Department of pediatrics, David Geffen School of Medicine, University of California, U.S.A,.

190- Lynn, M. (2010). Growing up amidst violence, Death anxiety, Cognitive development and Conception of death in children, California institute of integral studies.

191- Mary ireland, Malgady, R. (2010). Thematic instrument for Measuring death anxiety in children (TIMDAC), Journal of Pediatric Nursing, Vol.(14), No.(1), P.28.

192- Matalon & Talia, H. (2005). The relationship among children's conceptualization of death, Parental communication about death, and parental death anxiety.

193- Maya Griffiths. (2007). Death understanding and fear of death in young children, clinical child

psychology and psychiatry, vol.(12), No.(4),pp.525-535.

194- Mc Dougal, Sarah. (1997). Children With Cancer, Effects and Educational Implications. – U.S.A.: Indiana University.

195- Mcdowell,U., Student, G. and futris, T. (2001). The Imapct of parental death on children, human development and family science, Ohio state university.

196- Meral Bayat, Emine Erdem, and Emine Gül Kuzucu.(2008). Depression, Anxiety, Hopelessness, and Social Support Levels of the Parents of Children With Cancer, Journal of Pediatric Oncology Nursing,vol.(25),No.(5): pp. 247-253.

197- Miller,D.(2005). Decreasing death anxiety, journal of palliative medicine,,vol.(22),no(4).

198- Miller, Kennnneth D. (2009). Medical and Psychological Care of the Cancer Survivor. – London: J and B Publisher.

199- Milner,Hull,D. (1994). hospital pediatrics, London Churchill Livingston.

200- -Mulhern,Raymondk.(1992). physical distress and depressives symptom logyamong children with children's,health care vol.(23),No.(3)p147.

201-Mulhern,Raymondk, (1994). physical distress and depressive symptom logy among children with cancer children's, health care vol.(23),No.(3).

202-Murray, John Stephen. (2000). Social support for school-age siblings of children with cancer, A comparison between parent and sibling perceptions, Social psychology, The University of Texas at Austin.

203-Nadhmi,F. (2006). University professors in Iraq and death anxiety, An Iraq academic, Vol.(32),No.(2),pp.32-68.

204-Naomi.G. (2004). Helping mothers cope with stress during the maintenance phase of treatment for their child's leukemia, Three pragmatic case studies, state University of new jersey, U.S.A,p.144

205-Nelson,w. (1996). Neoplasm-like structures nelson text book of pediatrics 15th ed,philadphia,w.b.sanders..

206-Otoom,s.,Al-Jishi,A., Montgomery,A., Ghwanmeh, M. andAtoum, A.(2007). Salmaniya Medical complex,Department of Neurology,Bahrain, Vol.(16)

207-Pamela,C.,Beatriz,U.,Veronica,V.,Monica Vera,Pablo,V.and Ansiedad,Y.(2005). Ansiedad depression enninos diagnose –ticados cancer-

anxiety and depression in children with a diagnosis of cancer, Revista de psychologies clinic, vol (10),No.(2).

208-Peter, B.& Joanne, C. (2008). Personal fear of death and grief in bereaved mothers, Royal Alexandra Hospital for children, Sydney, Aust., Vol.(32),no.(5),pp.445-460.

209-Ransom,S, Saccow.P, Weitznerm.A.(2006). inter personal factors predict increased desirefor hastened death in late-stage cancer Patients, annals of behavioral medicine,university of south Florida,vol.(1),no.(31).

210-Rathus (1987).personality edition, holt Rinehart and wins ton,New York.

211-Redd,W.H.(1995). behavioral research in cancer bas a model for health psychology, Health psychology, vol.(14).no.(2).

212-Robinson, Yatta, Awnique. (2001). Death Anxiety in children Differences between support group youth, The Sciences and Engineering, Vol.(61),no (12-B),p.6719.

213-Roy, Michelle Nicole.(2010). The process of coping in parents of children diagnosed with cancer, University of South Dakota.

214-Ruch, Jason Thomas.(2012): Development of a time-limited group for adolescents with a relative

who has cancer, Rutgers The State University of New Jersey, Graduate School of Applied and Professional Psychology

215- Sara son,J. (1988). social support, personality and health in Janise, med, individual difference stress and health psychology,Springer chapter,B.

216- Sarafino,E.P. (1998). health psychology, Biopsychology socialinteractions, New York ,john Wiley.

217- Sarson,I.G.,Levine,H.M;Basham,R.B,Sarason,B.R. , (1983). Assessing social Support: The Social Support Questionnaire, Journal of personality and Social psychology,vol.(44),No.(1).

218- Scagliola, Lora M. (2011). Exploring character strength and life satisfaction in pediatric cancer, Psychology Department, University of Rhode Island.

219- Sharon,L.,Manne,G. (1995). predictors of newly diagnosed symptom logyamong parents of newly Diagnosed children's with Cancer,J. pediatric psychology.vol.(20).

220- Shumaker,S,A., Brownell,A. (1984). toward a theory of social support closing concept al gaps,journal of social issues.vol.(40),No.(4).

221- Siegel,K.,Karus,D.and Daniel,V. (2010). Adjustment of children facing the death of a parent

due to cancer, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol.(35),pp.442-450.

222- Sil, Soumitri. (2007). Illness information disclosure: Maternal predictors and impact on affective distress in children with cancer, University of Maryland.

223- Sinclair, Dana L. (2003). The interface of psychology and thyroid disorders, Institute for Graduate Clinical Psychology, Widener University.

224- Sood,A., Razdan,a.,Weller, E.and Weller,R. (2006). Children's reactions to parental and sibling death, Children's Hospital, Philadelphia, Vol.(8), No. (2), pp.115-120.

225- Spinetta,J.,Maloney, L. (2002). Death anxiety in the outpatient leukemic child, Department of psychology, san Diego stat University, Vol.(56),No.(6),pp.1034-1037.

226- Stewart, Susan K. Autologous Stem Cell Transplants. (1994). A Handbook for Patients, USA, bmt Pup.

227- Stolorow, R. (2005). Perspectives on death anxiety, Arevie, Department of psychology, New Jersey University,U.S.A.,pp 1573-6709.

228- Taylor,s,e. (1995). Health psychology,New York , McGraw-hill, inc.

229- Tiffany, F., miqual, D,Christopher,S.(2001): Adolescent Depression and risk factors. (www. findarticks.com).

230- Torok, Szabolcs.(2006) The frequency and rehabilitation of childhood malignant diseases in Hungary,Semmelweis Egyetem,Hungary.

231- Trevor, S. (2010). psychotherapy for some anxiety sequel of Leukemia, Education and Treatment of children Journal, Vol.(22),No.(2),pp.179-188.

232- Ulicny, Jilda Hodges.(2012). The impact of family functioning, peer support, and teacher support on academic performance in siblings of children with cancer, Lehigh University.

233- Vanglist,A. (2009). challenges in conceptualizing social support, journal of social and personal relationships,vol.(26),no.(39).

234- Wills,T.A.,(1990), Multiple network and substance use, Journal of social and clinical psychology, no.(9).

235- Wolfe,L. (2005). Discussing death with a dying child, CAA Cancer journal for clinicians, Vol.(55), No.(1).

236- Woodgate, Roberta Lynn. (2006). The Importance of Being There, Perspectives of Social Support by

Adolescents With Cancer, Journal of Pediatric Oncology Nursing. Vol.(23).no.(3), pp. 122-134.

237- Ying,H., Harris, B. and Wing, N. (2007). General beliefs about the world as defensive mechanisms against death anxiety, Omega Journal of death and dying, Vol.(54),no(3),pp.199-214.

238- Yotnda, Patricia. (2010). Immunotherapy of Cancer, London, New York, Springer

239- Zengrang,L. (2010). Preliminaries study on death anxiety in children, chinese-Mental-Health-Journal,Vol. (12),No.(3),pp.158-159.

ثالثًا: مراجع الشبكة العنكبوتية

240. http: //www.adamcs.org/pediacancer, (cited7/2/2012)

241. http: //ar.wikipedia.org/wiki, (cited 7/2/2012)

242. http: //www.vb.adma1.com, (cited9/2/2012)

243. http: //www.adamcs.org/cope.htm(no: 122) (cited 9/2/ 2012)

244. http: //www.adamcs.org/cancertypes.htm, (cited /2/2012)

245. http: //www.adamcs.org/ALL.htm, (cited13/2/2012)

246. http: //www.adamcs.org/AML.htm, (cited13/2/2012)

247. http: //www.adamcs.org/surgery.htm,(cited20/2/2012)

248. http: //www.adamcs.org/Chemotherapy.htm, (cited 20/ 2/2012)

249. http: //www.adamcs.org/ Radiotherapy.htm, (cited 20/ 2/2012)
250. http: //www.adamcs.org/latefect.htm
251. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/.html, (cited 22-2-2013)
252. http: //www.capmas.org.eg
253. http: //webcache.googleusercontent.com

{}{} {}{}

الفهرس

دراسات الطفولة والصحة النفسية

هذا الكتاب

مرض السرطان هو من الأمراض الخطيرة المزمنة، بل هو أخطر الأمراض وأصعبها على الإطلاق لأنه يعوق الطفل لفترات طويلة على مدى حياته

وفي ظل وجود ضعف الإمكانات الفحص والتشخيص والعلاج فإن ذلك قد يودي بحياة الطفل، ولذلك يعتبر مرض السرطان من أهم الأسباب التي تؤدي إلى وفاة الأطفال، حيث إن عدد الأطفال المصابين بمرض السرطان في تزايد مستمر.

وقد أشارت بعض الدراسات إلى أن من الآثار النفسية المرتبطة بمرض السرطان ظهور أعراض الاكتئاب عند هؤلاء الأطفال، حيث أن الاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية التي تظهر بعد التشخيص وقد يستمر إلى مرحلة ما بعد العلاج والشفاء والمتابعة، ويظهر ذلك من خلال المزاج المتقلب جدا للمريض ورفضه للحديث عن مرضه وعن خوفه.

ويكون في ذلك الموقف في أشد الاحتياج إلى وجود الآخرين لمساندته وذلك للتغلب على ما شعر به نتيجة لهذا المرض من مشاعر الحزن والاكتئاب وقلق الموت.

